15.

APUNTES

DE MI PRÁCTICA

SOBRE

LOS TUMORES Y QUISTES DEL OVARIO,

Y

EL RESULTADO DE SU TRATAMIENTO

MÉDICO Y QUIRÚRGICO,

POR

FEDERICO RUBIO Y GALI.



SEVILLA:—1868.
Imprenta y Librería de José M. Geofrin,
calle de las Siérpes, núm. 35.

AL SR. D. ANTONIO GARCÍA VILLAESCUSA,

Catedrático de la Facultad de medicina en Cádiz.

He recibido de V. mucha parte de mi instruccion quirúrgica; he recibido tambien, grandes pruebas de consideracion y de cariño. Si por lo primero he podido sentir la satisfaccion interior de llenar medianamente mis deberes, con lo segundo, me ha estimulado, á aprender el arte, de obtener de la generalidad, la distincion de ser querido.

Muéveme el deseo de publicar esta declaraciou, y aprovecho la coyuntura, dedicándole estos ligeros apuntes, que le suplico lea en mi nombre á la Academia de medicina, de la ciudad en que me eduqué.

FEDERICO RUBIO.

Solo en lo absoluto se encuentra la verdad completa é inmutable. Desgraciadamente, la verdad absoluta es hoy un mero ideal hácia el que caminamos, y aunque yo presienta que la humanidad alcanzará el término, cuando perfeccionada por el sudor de su trabajo, llegue á elevarse á los pies del Creador, nunca encontrará ese absoluto en las enfermedades, por que estas, categóricamente consideradas, son siempre negaciones parciales, cosas negativas de salud. Por eso el tino médico consiste en *particularizar* bien, y saber llevar lo *particular* á un general, pero sin confundirlo en él, borrando su determinacion.

Cuando la ciencia se fija en un objeto nuevo, conviene multiplicar los datos, aportando todo lo que parezca pertenecerle; bien así como se recojen de las cavernas fosilíferas, todo lo que parece hueso, con el fin de ver, si podemos articularlos y formar uno ó mas esqueletos, de una ú otra especie.

Tan natural es el susodicho procedimiento, que apenas se fijó la atencion de una inteligencia, sobre los tumores del ovario y la ovariotomía, aparecieron en gran número, observaciones del mismo asunto, cuando con anterioridad, raramente se hablaba de tal cosa.

Por mi parte, confieso, con la sinceridad que debo, que ántes de haber llegado á mis oidos, la

primera observacion de ovariotomía, habian pasado desapercibidos por delante de mis ojos, ese género de afectos. Para toda funcion intelectual ha de preceder la atencion, y mientras en las cosas de ciencia, algun motivo no la fije, nos sucede lo que á muchos, que están tomando aire en sus pulmones cada vez que aspiran, y ni lo sienten ni lo saben.

Es lo comun, que las observaciones que se aporten y publiquen, sean las notables, ya por su éxito feliz, ya por otra circunstancia, y este proceder, por cima de sus ventajas, ofrece inconvenientes y resulta vicioso.

En mas de un trance apretado del ejercicio profesional, he advertido, que no basta la lectura de las obras didácticas, para resolver las dudas, ni parar las oscilaciones de la perplejidad. En casos tales, que son precisamente los árduos, con frecuencia salimos poco satisfechos, de la lectura consultada, aumentándose los motivos de vacilacion; en cuyo caso, el deseo nos lleva intuitivamente, á echar de menos algunos apuntes sínceros, de la práctica de otros profesores, que sin pretension didáctica, arrojen los resultados, por donde colegir, el mejor camino que en circunstancia análoga, pudiéramos tomar.

Y tanto por ser los tumores y quistes del ovario un asunto de reciente exámen, por mas que de antiguo se hablara ya de ellos, cuanto por que su tratamiento se pretende erróñeamente amarrar á un principio absoluto, cuanto por qué la ovariotomía aunque ha adquirido un justo lugar entre las operaciones regulares, necesita discernirse, para que deje nuestro ánimo tranquilo, cuando el éxito no es di-

choso, creo muy del caso, publicar coleccionados los apuntes, de la totalidad de los enfermos asistidos; y no de uno ó mas, que favorezcan esta ó la otra satisfaccion propia, por noble y justa que sea, sino de todos, así los mas raros, como los mas comunes, así los de éxito feliz, como los de término funesto. Bien sé que pocos capitanes, escribirian con gusto sus derrotas, al lado de sus triunfos; pero nosotros, somos algo ménos y algo más que esa alta clase, en que el honor exterior constituye la esencia de su vida: Somos médicos.

1.ª OBSERVACION.

Quistes multilobulares del ovario derecho. Cesacion pronta de las mestruaciones. Desarrollo rápido. Rotura espontánea. Muerte.

Loreto Valladolid. Calle del Sol. 35 años, viuda, temperamento misto, buena constitucion. Padeció de sífilis; curó con un tratamiento específico. En 1861 comenzó á quejarse de un dolor insistente, hácia la fosa iliaca derecha; al principio no se notó alteracion anatómica; algo despues, se advertia que la region estaba mas tirante y mas abultada que la opuesta; habia dolor á la presion.

A los dos meses, se suspendieron las reglas para no reaparecer ya mas.

Aumentaron en intensidad los síntomas, y tres meses despues, el abdomen representaba un embarazo de ocho meses. El dolor era bastante fuerte, habia dísnea que imposibilitaba los decúbitos, y fiebre contínua. Habiendo seguido la observacion de la enfermedad desde un principio, por ser la enferma de mi clientela particular, tenia bien diagnosticado el padecimiento. Cité una consulta y propuse la operacion de la ovariotomía. Votaron en contra los consultados, y recurrí á la paracentesis. Practicada, no pude evacuar el vientre sino en una cuarta parte de su volúmen, lo cual me afirmó en la creencia de que habia varios quistes. No decidí repetir la parecentesis en otro punto, porque la primera fué muy

dolorosa, se agravaron los sufrimientos durante la operacion y se contrajo mucho el pulso. En los dias subsiguientes, creció el dolor abdominal y sobrevinieron vómitos repetidos. Toda presion se hizo insoportable, hasta la producida por la ropa. El semblante se contrajo; la fiebre incrementó en la velocidad rítmica. Calor aumentado en el vientre, escaso en las estremidades; estreñimiento y poquedad de orina. El calomelano, el ópio y la dieta, mejoraron algo esta grave situacion, pero diez dias despues del alivio, estaba el vientre como antes y algunos dias mas tarde, de repente dió la enferma un grito, perdió el conocimiento, se estremecieron sus miembros convulsivamente y espiró.

Diagnostiqué la muerte, ocasionada por la rotura expontánea de uno de los quistes.

2.ª OBSERVACION.

Quiste unilobular izquierdo. Desarrollo pronto. Rotura expontánea. Muerte.

N. N. Calle de S. Luis. 45 años; viuda con varios hijos. Pasada la edad crítica. Flaca, alta, temperamento nervioso. Hacia ocho meses notó un bulto sobre la ingle izquierda; fué creciendo hasta adquirir el volúmen y forma de un melon, mas bien grande que pequeño. Como las paredes abdominales de esta muger estaban muy laxas por efecto de los embarazos, y de su posterior demacracion, el tumor careciendo de contentivo en la pared, la arrastraba adelante, bolcando sobre el arco ileo pubiano, hácia el muslo izquierdo. Estaba tenso, y se notaba una

fluctuacion rápida y corta, correspondiente á su llenura. Ocasionaba algun dolor tensivo y peso, que impedia á la paciente ocuparse en las faenas domésticas. Decidido á tratarla por puncion é inyeccion, convinimos en que seria operada á los pocos dias, mientras arreglaba las cosas para la cura. Dos dias despues de mi última visita, el tumor desaparece repentinamente, la enferma es acometida de un ardor doloroso en todo el vientre, el semblante se desencaja, dá vueltas en el lecho fuera de sí; vómitos y convulsiones alternan con síncopes, y fallece á las pocas horas.

3.ª OBSERVACION.

Quiste unilocular del ovario derecho. Rotura expontánea. Curacion.

Doña Francisca Oliveros, 42 años, de Lora del Rio, soltera, bien reglada. Me consultó sobre un tumor que habia echado de ver un año antes, en la parte inferior del vientre. Reconocida, veíase algo abultado el abdomen hácia la fosa iliaca derecha; el tacto y la percusion descubrian un tumor oblongo de arriba á bajo, que ascendia cerca de las costillas falsas y llegaba en el centro, mas allá de la línea media. Por lo demás el abdomen no estaba deformado á la vista. Se reconocia fluctuacion oscura, limitada al sitio del tumor. Las funciones estaban íntegras y la enferma no acusaba notables molestias; solo alguna incomodidad al andar.

Siendo la paciente forastera, y no urgiendo al parecer, un tratamiento activo, la ordené el ioduro de potasio al interior, laxantes salinos periódicamente y

régimen; encargándole que volviera á verme cada mes. Volvió en efecto y no advertí cosa particular, por lo que insistí en el mismo tratamiento.

Cerca de cumplirse el mes siguiente, soy avisado para Lora con la mayor urgencia.

En la noche anterior al dia de mi llegada, el bulto, decia la enferma, habia dado un estallido, (sic) siendo acometida acto contínuo, de dolores fuertísimos en todo el abdomen, que la obligaban á dar gritos desatentados, agitándose convulsivamente y con la mayor exaltacion. El Sr. D. Francisco Gonzalez, dignísimo profesor, encargado en la asistencia, le habia ordenado los opiados, los antiespasmódicos, y las revulsiones volantes á las extremidades que se hallaban frias. De cuando en cuando alternaban los síncopes con las convulsiones. A mi llegada la encontré en la misma situacion; el pulso era pequeñísimo, contraido y frecuente mas veces, é intermitente otras y desordenado. La fisonomía estaba muy descompuesta, los ojos girados arriba y á dentro, los músculos del semblanle unas veces contraidos y otras colapsados; los síncopes alternaban con las convulsiones, y en los intérvalos que mediaban entre uno y otro estado, habia náuseas, vómitos é hipo. El vientre estaba tirante y caliente, sin poder consentir ninguna tactacion exploradora. Nariz y estremidades frias, respiracion entrecortada, sudor espresivo. Consultamos brevemente, disponiendo, nieve por la boca y al exterior del abdomen, morfina con azúcar de leche en polvo, á dosis graduadas; enérgicas revulsiones, friegas á las estremidades y calefaccion artificial. Así continuó por todo

el dia, aunque haciéndose menos frecuentes los síncopes; pero continuando la agitacion convulsiva, las náuseas, los vómitos y el hipo. Al segundo dia aumentaron los síntomas flojísticos del abdómen, pero disminuyendo las convulsiones. El pulso se armonizó, y entablose un tratamiento mercurial, en que habiamos convenido con el profesor de cabecera. Mis ocupaciones en Sevilla me separaron de la enferma, quedando al esclusivo cuidado de tan inteligente profesor, y supe con grande alegría, que la enferma salvó, encontrándose en la actualidad perfectamente buena.

4.ª OBSERVACION.

Quiste ovárico adherido á la pared abdominal, y abierto expontáneamente por el ombligo. Peritónitis crónica. Muerte por consuncion.

Doña María Jimenez, 44 años, natural de Moron, casada, sin hijos; temperamento nervioso; constitucion mezquina, angosta de cabidades, pequeña de cuerpo. Venia de año y medio antes, padeciendo un tumor en el vientre. Su hermana habia sido operada con éxito por mí de ovariotomía, segun se verá despues. Demacracion, color pálido verdoso; edema en las estremidades inferiores, fiebre contínua, pulso pequeño y depresible, respiracion entrecortada; falta de apetito, diarrea. Irregularidad mestrual desde el principio, despues falta.

Vientre no muy abultado, duro y dolorido; fluctuacion oscura; engrosamiento en la pared abdominal; erisipelacion al rededor del ombligo. Tres meses antes se habia perforado, entablándose una fístula que segregaba de contínuo serosidad puriforme. El

estado de dureza del vientre, el grosor de sus paredes dependiente de la adherencia, de la anterior del quiste al peritoneo, y la sensibilidad exagerada de la enferma, me impidieron reconocer de qué ovario procedía el tumor. Aconsejé aplicar la potasa cáustica, debajo y al lado del ombligo, por fuera del borde externo del recto, para determinar una abertura mayor; la enferma no quiso sufrir la cauterizacion, regresó á su pueblo y falleció á poco.

5.ª OBSERVACION.

Quiste ovárico pequeño derecho. Adherencia á la rejion inguinal. Supuracion. Fístula. Consuncion. Muerte.

Reyes de Llana, 20 años, linfática nerviosa, constitucion regular. Padeció dolor en la cadera y síntomas de congestion ovárica, con fiebre alta. Disminuyó la intensidad de los síntomas, quedando no obstante enferma, hasta la venida de la mestruacion siguiente, en cuyo tiempo se agravaron las molestias, y el período fué muy escaso. La parte lateral inferior derecha del abdómen, se puso tirante, resistente y muy sensible á la presion. Despues se erisipeló el punto, cerca y por cima del pliegue de la ingle; mas tarde, se produjo una abertura estrecha, por donde salia serosidad puriforme. Continuaron los síntomas generales, agravándose de nuevo siempre, en las épocas del período, que no volvió á aparecer. La paciente vino á consuncion y murió á los seis meses.

6.ª OBSERVACION.

Quistes multilobulares de uno de los ovarios. Adherencia á las paredes abdominales. Inflamacion y abertura por varios puntos, determinada por la caida de dos escaras gangrenosas. Supuracion abundante, reabsorcion purulenta. Muerte.

Doña N. Diaz, 46 años; pasada la época crítica; muy obesa y linfática. Apesar de su gordura, hacia meses que habia notado su padecimiento, por la mayor crecida del abdomen y las molestias que sentia en él. Vista por mí en consulta, sus tumores eran bastante considerables, y en aquel momento existian dos estensas placas gangrenosas, hácia la parte media é izquierda del vientre. Estas produjeron grandes escaras, que pudieron limitarse y detergerse por el arte; resultando unas ámplias aberturas, por por donde supuraron los quistes correspondientes, con bastante libertad. El estado de la enferma en el acto de la consulta, era el de un proceso gangrenoso y se la mandó administrar; despues que cayeron las escaras, mejoró notablemente; pero los quistes no vaciaron por completo y concluyó la enfermedad por la muerte, antecedida de los síntomas que acompañan á las reabsorciones purulentas.

7.ª OBSERVACION.

Quiste ovárico izquierdo, unilobular, de poca magnitud. Inflamacion y adherencia á las paredes abdominales. Peritonitis grave. Supuracion y abertura exterior. Curacion.

Doña N. N., viuda de Leon, Viso del Alcor. Época crítica. Pasé á dicha villa para ver á la seño-

ra, en consulta con el Dr. Rivera. Hacia algunos meses que habia notado un bulto en la parte inferior del vientre. Comenzó á molestarle, y despues á producirle verdaderos dolores; refería la causa á pasiones de ánimo producidas por la pérdida de su esposo. Algunos dias antes de nuestra vista, el dolor se habia hecho intenso, acompañándose de fiebre, vómitos y mayor abultamiento del abdómen; agregábase inquietud general y descomposicion del semblante. Agravose dicho estado, hasta constituir á la paciente en peligro bastante para mandarla administrar. En el momento de la consulta, aunque con dificultad, por el dolor y tension de las partes, se podia reconocer un tumor procedente del ovario izquierdo, cuya magnitud y forma, eran como de una sandía mediana. Los síntomas del momento correspondian á una inflamacion parcial del peritoneo y de la pared abdominal suprayacente. Se notaba adherencia del tumor á estas partes, y dispusimos las fricciones mercuriales, las evacuaciones con prudencia y la nieve. Despues de nuestra vuelta, los síntomas de peritonitis fueron disminuyendo, reemplazándose por una inflamacion flecmonosa del punto del abdómen adherente al tumor, gangrena local, salida de líquidos purulentos y serosos, y terminando al fin por la curacion.

8.ª OBSERVACION.

Quiste antiguo unilocular pequeño. Traumatismo. Inflamacion del quiste. Gangrena. Supuracion. Curacion.

Doña Rosa Hidalgo, 54 años; soltera; pasada la época crítica; enjuta; fibrosa. Padecia muchos años

atrás un tumor intraabdominal del tamaño de una naranja grande, situado entre el pubis y el ombligo, lado izquierdo de la línea media. Recibió un golpe en el vientre, y púsose dolorido el tumor, se hincha y se enrojece la piel. Sobreviene fiebre alta, tension abdominal, erisipelacion, y mal estar. La erisipela se hace flecmonosa, partiendo del centro del tumor; la piel se afecta con una placa gangrenosa que mas tarde se desprende, dando salida á un pus sumamente fétido. Disminuye despues y toma un aspecto loable; la ulceracion se deterge, la fiebre mejora, la perforacion se estrecha y cicatriza.

9.ª OBSERVACION.

Tumor unilobular derecho, adherido, al peritoneo. Consuncion. Operado por cauterio. Tratamiento prolongado. Curacion.

Dolores Morales. Corral del Conde, 45 años; lavandera. Hacía siete que parió el último hijo; en la misma cuarentena se advirtió un bulto pequeño en el bajo vientre, cerca de la *madre* (sic). No le dió importancia, hasta que dos años despues, empezó á molestarle para lavar. Algunos meses mas tarde, le impidió completamente continuar en su oficio. La enferma perdió carnes, constituyéndose en un estado valetudinario, hasta que no pudiendo estar de pié ni andar, se redujo á permanecer sentada unas veces, y la mayor parte del tiempo acostada en cama.

Pasó así un largo período, aumentando paulatinamente la gravedad, y la enferma fué administrada.

Los Sres. Barroso y Rodriguez le habian aconsejado que me consultara, y en efecto fuí á visitarla, hallándola en las siguientes circunstancias. Vejez

morbosa. Color pálido cetrino. Grandes arrugas faciales. Demagracion. Decúbito dorsal. Pulso pequeño y frecuente, aridez de la piel, ardor en la palma de las manos. Calofríos por mañana y principio de las noches, seguidos de aumento de fiebre. Vómitos frecuentes, diarrea contínua desde dos meses antes. Dolor urente y fuerte en el abdómen. El vientre era pequeño, solo tenia de exagerado que su volúmen no correspondía á la demagracion general. Estaba muy tirante, muy caliente; su piel engrosada por una erisipelacion antigua, crónica. Aunque la tactacion provocaba mucho dolor, pude reconocer un tumor oblongo, del tamaño de un melon grande, que ocupaba el centro y lado derecho del vientre, desde la pelvis al reborde costal. Las paredes abdominales no deslizaban sobre su superficie, y el grosor de estas partes, la tactacion de su testura anormal, y la percusion, manifestaban que la mayor parte de la cara anterior del quiste, estaba íntimamente adherida al peritoneo.

Habiendo decidido tratarla por la cauterizacion, le puse en el centro de la línea ileo umbilical derecha la potasa cáustica. Tardaba en desprenderse la escara, y la vida de la enferma se consumía. Levanté la escara violentamente, y volví á aplicar la potasa, que profundizó mas, sin llegar á perforar. Recurrí al cloruro de zinc con escaso resultado, y volviendo á la potasa se abrió por fin el quiste, cuya pared tenia bastante espesor. Salieron tres escupideras pequeñas de un líquido purulento lactiforme, mezclado con flocones gelatiniformes, y toda la noche siguió saliendo á intérvalos la misma clase de líquido.

El estado general de la enferma continuó entre la vida y la muerte por espacio de mas de dos meses. El lechinamiento de la perforacion, no bastaba á impedir, que se viniera estrechando y oblicuando por lo que tuve que recurrir á la genciana, absteniéndome de la esponja preparada, por que una vez que lo intenté, el dolor que produjo, en una enferma de aquella especie, temí que me la dejara entre las manos. Así permanecimos; pero al tercer mes de abierto el quiste, comenzó á mejorar el estado general. La diarrea vino á menos, se despertó el apetito; la fiebre fué perdiendo su carácter anfimerino. Y aunque cada vez era mas difícil mantener abierta la fístula, y no podia vaciarse el quiste á medida del deseo, por efecto de la oblicuidad de la abertura, venian sin embargo flujos de pus de tiempo en tiempo, espulsando con fuerza la genciana y los tapones de hilas. En dicha marcha de alivio continuó la enferma hasta el quinto mes, en que cesó toda supuracion, cerrándose definitivamente la fístula.

La Morales está hoy gruesa y rejuvenecida. La pared del abdómen se conserva algo dura y engrosada, pero sin otra novedad.

10.ª OBSERVACION.

Quiste grande unilobular herniado por la vajina. Puncion por este conducto prosidente. Alivio. Nueva llenura del tumor. Muerte.

N. N. Natural de Osuna, 18 años, soltera; notó que se le abultaba el vientre y que no aparecian las mestruaciones, induciendo sospechas de que estuviese embarazada. Acompañaban á estos síntomas,

fiebre contínua y dolor tensivo abdominal, presentándose despues un tumor saliente por la bulba, que se conceptuó un prolapsus de la matriz. Cuando vino á Sevilla para consultarme por recomendacion del Sr. Conde de Daoiz, traia el semblante angustiado, tenia fiebre, caracterizada por pequeñez y frecuencia de pulso y piel urente, chapas rojizas en las mejillas, respiracion corta y frecuente, aliento fastidioso y elevado de temperatura. Abdomen como el de una embarazada de término, dolor á la presion, fluctuacion bien marcada. Reconocida la bulba, asomaba un tumor oblongo y rojo entre sus labios, que desaparecia al ser comprimido; percutiendo el vientre y aplicando los dedos al tumor, sentíase en él un choque ondulatorio. Era una prosidencia de la vajina, arrastrada á fuera por la hernia del quiste, verificada en dicho conducto. Practiqué la paracentesis en el mismo tumor vajinal, y se vació el abdomen de un líquido siruposo de color dorado. A los dos dias regresó la enferma á su pueblo muy aliviada, y no habiendo vuelto, mas provista de recursos á Sevilla, para emprender algun tratamiento, segun le aconsejé, é ignorando el resultado de su enfermedad, escribí al Sr. Conde de Daoiz para completar este apunte, cuyo señor tuvo la atencion de contestarme lo que sigue: «Muy señor mio y amigo: contesto á su grata fecha 22 del pasado, no habiéndolo hecho antes para tomar informes exactos de lo ocurrido con la enferma mi recomendada, y son los siguientes, segun la madre.

A los ocho dias de su vuelta á esta empezó á hincharse de nuevo, hasta llegar á su mayor altura, de

cuyas resultas falleció al mes de punzada. Es cuanto puedo manifestar á V. sobre el particular, &.»

11. OBSERVACION.

Quiste unilobular con peritonitis y adherencias parietales. Estado grave. Paracentesis. Curacion radical.

Catalina Lopez, natural de Pruna, 16 años; regular constitucion. Cinco meses antes dió una caida sobre el vientre; dos meses despues le faltaron las reglas, advirtiendo que su orina era escasa y que su vientre crecia. En el momento de mi visita estaba en decúbito dorsal, con los muslos y piernas en flecsion, sin poder tomar otra actitud, ni estar de pié. Se quejaba de un dolor fuertísimo tensivo en el abdómen. Este, no era muy voluminoso, parecia como si estuviera embarazada de cinco meses, mas apesar de ello, habia una fuerte renitencia debajo de las paredes abdominales; la fluctuacion era rápida y respondia casi en el mismo instante de la percusion. Las tactaciones sumamente dolorosas; habia vómitos de todo material injerido, ya fuese líquido ó sólido, en mucha ó en poca cantidad. Pulso frecuente, contraido; insomnio. Juzgué que el quiste estaba á punto de estallar y verifiqué la paracentesis, saliendo dos escupideras de líquido claro y poco gomoso. Vacío el quiste, parecia corresponder al ovario izquierdo. A las seis horas despues de la puncion sobrevino un fuerte calofrío y se inflamó el vientre, agudizáronse los vómitos, desarrollándose una peritonitis en los alrededores de la puncion. La paciente estuvo en peligro unos siete dias, despues la infla-

macion degradó, pero quedando subsistente fiebre y dolor abdominal, y aunque menos intenso, exasperable á la presion. Cuando pudo levantarse de la cama, tenia necesidad de estar encorvada hácia delante, siéndole imposible ponerse derecha, por exacerbarse los dolores. En tan mal estado tuvo necesidad de volver á su pueblo, quedando en regresar, si le era posible, al mes siguiente, para seguir un tratamiento. No volvió. Hace pocos dias ví á esta jóven en Sevilla, perfectamente sana, robusta. Díjome, que llegando á su pueblo, volvió á agravarse tanto como despues de la puncion, habiendo sido necesario administrarla; pero que poco á poco fué cesando el dolor y la tirantez del vientre, la cual continuaba, aunque no habia vuelto á llenarse; que desapareció la calentura, tomó unos baños templados, reapareció el período, y dos meses despues estaba perfectamente buena.

12. OBSERVACION.

Quiste ovárico izquierdo, unilobular, pequeño y que permanece estacionario, sin alteracion de las funciones.

Doña María Francisca Caballero, natural de Lora del Rio, 38 años. Hace dos que me consultó acerca de un tumor existente en el lado izquierdo inferior de su abdomen. Reconocido, resulta ser un quiste unilobular al parecer, de la magnitud de un melon mediano. No ocasionaba ni ocasiona dolores, ni mas incomodidades que la de su escaso peso. Los méstruos y todas las demás funciones, se encuentran actualmente en estado normal. El tumor no ha crecido

y sigue hoy estacionario. No usa tratamiento. Vá los veranos á los baños de Carratraca.

13. OBSERVACION.

Quistosarcoma del ovario derecho, de poca magnitud, estacionario hace muchos años, alterando las funciones y constituyendo á la paciente en estado valetudinario.

Doña N. Perez, 40 años, casada sin hijos, constitucion pobre, pequeña de cuerpo, estrecha de cabidades. La ví en consulta: estaba pálida, abatida. Hacia mas de ocho años que notaba un tumor en la pelbis, descansando sobre la fosa iliaca derecha. Reconocido no se advierte fluctuacion en él, careciendo de la dureza de los fibromas. El útero está en estado normal. Sin embargo la señora padece de metrorrajías con la mayor frecuencia. Hace muy mal las digestiones. Vomita la mayor parte de los alimentos, las defecaciones son difíciles, la progresion incómoda, y á todo esto se agregan accesos frecuentes de histerismo. La vida sin embargo se sostiene á fuerza de cuidados y de medios dietéticos y terapéuticos, favorecidos por algunos períodos, en que los desórdenes generales dan cierta trégua.

14. OBSERVACION.

Grandes quistes multilobulares. Marcha rápida. Paracentesis. Llénase con prontitud. Vuelve á ser punzada. Sucede lo mismo. Rechaza la ovaristomia. Muerte á poco.

María Baena. Calle de San Pedro. Casada, sin hijos, 40 años. Buena constitucion. Época crítica. En ella y acompañada de los desórdenes mestruales,

se le acortó la orina, y comenzó á subirle el vientre. Cinco meses despues me consultó. Estaba extraordinariamente abultado, irregular, deforme, caido sobre el pubis. Habia fiebre, disnea, imposibilidad de todo decúbito, edema duro en los muslos y piernas. Reconocido el vientre está tirante; hay fluctuacion manifiesta, mas en unos puntos que en otros; se notan desigualdades en la figura de él á la vista y al tacto y como varias superficies curvas. Siente fuertes dolores tensivos. Practico la paracentésis. Sale un cubo de serosidad siruposa; cesa el chorro y el vientre aparece mas desigual; se tactan vários lóbulos de otros tantos quistes; comprimo el abdómen por el lado derecho, penetro mas el trocar, vence la resistencia de una pared interior y sale un líquido achocolatado en cantidad como de cuatro libras. Verifico otra puncion en el lado derecho del vientre y sale una serosidad mas clara que la primera y en una cantidad igual, aproximadamente. El abdómen no queda totalmente vacio. La enferma respira mejor y se alivía. Dos semanas despues vuelve á readquirir la hidropesia su volúmen y el estado general es como antes. Propongo la ovariotomía. La enferma la rechaza. Vuelve á ser punzada por otro profesor, y á poco mas de una semana despues, sucumbe la paciente, por perturbacion general de las funciones circulatorias, respiratorias y digestivas.

15. OBSERVACION.

Quistes multilobulares y fibromas del ovario izquierdo. Marcha lenta. Paracentesis repetidas. Muerte.

María de Gracia. Natural de Carmona, 34 años,

casada, sin hijos, constitucion regular, pequeña de cuerpo. Púsose hidrópica, segun su relacion, un año antes de mi vista, sin alterarse las mestruaciones, que seguian sin novedad.

Tenia los hipocondrios muy vacíos; el vientre estaba principalmente dilatado hácia las partes laterales; en la izquierda, sobre la cresta iliaca, hacia como una punta. No se advertía fluctuacion en ella, pero sí estaba muy manifiesta en las demás partes. Practicada la parecentesis en el lado izquierdo, vació la mayor parte del abultamiento, tactándose un tumor duro, semilunar, como un bazo hipertrofiado que descansaba sobre la fosa iliaca. Reconocianse otros tumores mas pequeños y menos duros, que serian probablemente quistes en via de crecimiento. La enferma no sufria grandes perturbaciones funcionales y era de carácter alegre. Repitió la venida á Sevilla dos veces mas, con intérvalo de cinco á seis meses; venia para ser punzada, porque decia lo pasaba bien algun tiempo despues. Posteriormente, en una vez que fuí á Carmona, volví á ver á la enferma, estaba postrada en cama, en decúbito dorsal, cosa estraña, así como la falta de disnea; lo que me esplicaba, por la tendencia de sus tumores á dilatarse en sentido lateral y anterior, y no en el superior. La pobre enferma me suplicó que la punzase, alegrándose mucho de mi vista, por cuanto, su postracion le habia impedido hacer el viaje para punzarse otra vez. Practiqué en efecto la parecentesis, y esta operacion produjo menos trégua; duró algunos meses, falleciendo por consuncion.

16. OBSERVACION.

Quistes ováricos multilobulares y fibromas, de curso largo. Prolongacion de la vida por medios médico-quirúrgicos. Reabsorciones de la hidropesía enquistada. Permanencia y progreso de los fibromas. Muerte por consuncion.

Doña Modesta Aznar, calle de Juan de Búrgos número 8. Casada, con varios hijos, 42 años, buena constitucion y temperamento. Subsisten las mestruaciones aunque irregularmente. Datan los primeros síntomas observados de mas de un año. Buen color, vientre como el de un embarazo de término, mas dilatado lateralmente.

Region lombar normal, edema en las piernas. Disnea, dificultad en los decúbitos, dolor tensivo en el vientre, despues vómitos y agravacion de los síntomas, fluctuacion clara en unos puntos del abdómen—partes laterales—mas oscura hácia el pubis y lado izquierdo del ombligo. Agraváronse los síntomas, hubo fiebre contínua y juntamente al insomnio y la disnea, pusieron en gravedad á la paciente. Se le administraron los Santos Sacramentos, y fué necesario punzarla para evacuar el abdómen y alejar el peligro. Una puncion practicada por encima y detrás del punto de eleccion de la línea ileo-umbilical izquierda, dió salida á bastante líquido mucilaginoso, quedando la region derecha tan tensa como antes. Practicada otra puncion debajo del hipocondrio derecho, donde la fluctuacion era mas patente, salió otra tanta cantidad de líquido, mas espeso, quedando el abdómen en una tercera parte de su volúmen. Entónces pudieron á través de las paredes abdominales flojas, tactarse otros tumores

mas pequeños, y dos duros, como fibromas; uno bastante estenso, en la línea media y lado izquierdo de la region umbilical; otro algo menor sobre la fosa iliaca derecha.

Despues de la puncion, el estado general mejoró considerablemente, apesar de haber sobrevenido una peritonitis parcial poco intensa y poco estensa, en los alrededores de la puncion del lado derecho. Tres meses despues, la enferma volvió á constituirse en la situacion anterior. Habiendo indicado la ovariotomía, no se aceptó por los interesados.

Segunda paracentesis, seguida de iguales efectos. El tumor duro de la fosa iliaca habia crecido.

Posteriormente hubo un período estacionario, en el cual reaparecieron las reglas. La enferma seguia mal, no obstante, y demagrando. Pasado el período de un año, próximamente, volvió á crecer el abdómen, y el insomnio, el dolor, la disnea, la inapetencia, y pertinaces desarreglos digestivos, hicieron necesaria la tercera paracentesis. Por la puncion del lado izquierdo, vacié cambiando la direccion del trocar, otro quiste contíguo, que habia adquirido gran desarrollo. En cambio, el del lado derecho habia desaparecido, y ocupaba su lugar en parte, la produccion fibrosa, y en parte, otros quistes pequeños.

De la referida puncion, no se obtuvo alivio. Un estado febril con accesiones y remisiones irregulares, mantenia á la paciente en la mas deplorable situacion. Los desarreglos digestivos persistian, y así continuó varios meses con intérvalos de mas ó menos agravacion, en una de las cuales, fué preciso volverla á administrar.

Un tratamiento sintomático y reconstituyente, en cuanto era posible, lograron despues de muchos meses, de luchar entre la vida y la muerte, alejar el peligro, y tan luego como se acallaron aquellas perturbaciones generales, comenzó á crecer la hidropesía en un nuevo quiste, pero muy gradualmente. La enferma fué soportando mejor aquella llenura, de modo, que aunque sufria bastante, no dejaba de reconciliar el sueño y podia guardar un decúbito imperfecto, con el auxilio de almohadas. Llegó el vientre á adquirir un volúmen bastante considerable, pero no haciéndose indispensable la puncion se prescindió de ella. En tal situacion se presenta expontáneamente una diuresis abundante y continuada, el abdómen comienza á desahogarse hasta quedar como despues de las parecentesis, abultado solo por los tumores fibrosos. Succedió un período de calma relativa y pudimos enviar á la señora á los baños de mar, y de Cestona.

Pasó en las provincias del norte parte de aquel verano y del otoño, y regresó á Sevilla, continuando valetudinariamente.

La enferma habia cambiado de constitucion, tenia el aspecto caquéctico y consunto de los crónicos. Sin que se suprimiera la orina, y sin causa nueva apreciable, á fines del invierno volvieron á llenarse otros quistes, y antes que adquiriesen un volúmen extraordinario, otra diuresis expontánea los redujo. Poco despues se inflama el abdómen y se erisipela, viene una peritonitis que se irradia desde las proximidades del ombligo, la paciente se constituye en gravedad suma y vuelve á ser administrada. Gra-

dualmente la inminencia del peligro disminuye y queda en un estado mas valetudinario y mas constantemente febril. El tumor fibroso mayor queda adherido á la pared abdominal.

En el otoño vuelve á Cestona con gran trabajo, y regresa sin haber conseguido alivio.

Así trascurrieron algunos meses, durante los cuales luchaba la enferma, perdiendo siempre terreno. Un quiste colocado hácia el lado izquierdo se llena de líquido, y aunque no adquiere mas que el volúmen de un pequeño melon, causa mas dolores tensivos y mayores molestias, que las producidas por los anteriores, mucho mas desenvueltos. Se espera, por si otra diuresis espontánea viniera á resolverlo, pero no sucediendo así, y afectándose considerablemente la inervacion general, punzo el tumor, y vuelve otro período de calma. Mas la demagracion estaba próxima al esqueletismo. Quedaba una peritonitis crónica, aunque localizada á las vecindades del tumor sólido. Este, comprimiendo los intestinos, dificultaba mas las ya perturbadas digestiones. Los vómitos eran muy frecuentes, las pirosis molestas, la inapetencia estremada, la fiebre, de carácter anfimerino. Sobrevinieron síncopes prolongados, que hicieron varias veces creer á la familia que la enferma habia muerto. Algunas lijeras convulsiones y la deficencia del pulso, antecedieron pocos dias á la muerte, que solo pudo retardar, los esquisitos cuidados de la familia, y del profesor de cabecera D. Francisco Gomez.

17. OBSERVACION.

Quistes ováricos multilobulares del lado derecho con tumores sólidos. Larga duracion. Muerte.

Doña Josefa Ramos, viuda, sin hijos, 56 años. Comenzó á padecer un tumor, notable ya el de 1855. Celebrada una consulta, hubo opiniones, y se creyó una preñez extrauterina. Andando el tiempo se puso hidrópica y sufrió varias punciones en períodos dilatados. Despues de haberse hecho el diagnóstico de una hidropesía ovárica, fué tratada por un profesor de crédito, con la inyeccion iodica. No dió resultado, y quedó en la necesidad de sufrir la parecentesis, en períodos cada vez mas próximos; así continuó viviendo valetudinariamente, hasta hace cosa de cinco años que yo la ví en consulta. Entonces estaban muy llenos los quistes, el decúbito y el sueño eran imposibles, y la puncé. Tenia dos muy desenvueltos, y un gran tumor fibroso que llenaba el hipocondrio y vacío derecho. Otro menor de igual textura, existía sobre la fosa íliaca izquierda.

Continuó esta señora llenándose y punzándose, y haciendo uso de infinidad de planes terapéuticos, hasta que falleció en la primavera del año pasado, por deficencia y perturbacion general de las funciones.

18. OBSERVACION.

Error de diagnóstico, producido por un enorme tumor del útero, de naturaleza fibrosa y vascular, acompañado de hidropesía ascitis. Extraccion del tumor. Amputacion de él por la vajina. Muerte á las cinco horas por hemorrajia.

Carolina Garcia, 34 años. Convento de los Des-

calzos. Madre de varios hijos. Habia tenido algunos abortos y sufrido grandes pesares. Constitucion mediana; temperamento nervioso, muy demagrada. Hacia cuatro años que comenzó á padecer grandes metrorragias, despues cesaron, regularizándose las reglas, y dos años despues desaparecieron por completo sin quedar leucorreas. Hácia esta época, empezó á crecerle el vientre poco á poco, dudando que fuera embarazo por la lentitud de su desarrollo, pero mas tarde creció rápidamente y se creyó embarazada, los dolores intra-abdominales y la forma irregular de su abdómen le convencieron de que estaba realmente enferma; las dijestiones se perturbaron, la progresion era muy dificultosa.

Al exámen, la enferma aparecia pálida, demagrada, piel despegada de los aponéurosis y marchita. Vientre abultado, mas que en un embarazo de término; irregular, fluctuante, duro en el centro, blando en los lados. Edema en las piernas y piés. Respiracion corta y frecuente, pulso frecuente y muy pequeño; calor disminuido. Inapetencia. Aumento de las incomodidades despues de las comidas. Estreñimiento pertinaz, succedido por períodos de diarrea. Necesidad de deponer la orina á cada instante. Calambres. Cansancio estremado.

Verifiqué la paracentesis y evacuó un líquido claro y acuoso, disminuyendo el vientre en una mitad de su magnitud. Reconocíase entónces un tumor formado por masas globulosas, duras y como fibrosas. Su tactacion era extraordinariamente sensible y hacia prorrumpir en gritos á la paciente. La noche que siguió á la paracentesis fué muy intranquila, y

aun tres dias despues habia exacervacion febril, permaneciendo el abdómen muy dolorido. Pasados quince dias, la enferma volvió á tener tanto vientre como antes. Exasperada con sus sufrimientos me pidió con insistente firmeza que la operase, y habiendo yo diagnosticado un tumor fibroso del ovario, creí justo acceder á su deseo, por no encontrar otro medio.

Practiqué la incision de las paredes abdominales sin herir el peritoneo, segun acostumbro; lo puncé por la comisura superior de la incision, con un trocar no muy grueso y salió el mismo líquido que la vez primera. Dilaté dos pulgadas la serosa y advertí que el líquido evacuado no procedía de quiste, sino de la cabidad peritoneal, pero tenia en el fondo de la herida un secmento de tumor de forma tuberosa y aspecto plateado como el del aponéurosis fascialata. Dilaté mas el peritoneo, introduje la mano y estaba rodeado de asas intestinales, algunas adheridas á aquella superficie. Por fortuna las adherencias no estaban bien organizadas, por lo que con el borde de la mano, se pudieron desprender sin gran esfuerzo. Pero si iba obteniendo esas ventajas, me inspiraba grandes cuidados no alcanzar el límite superior ni inferior de aquel tumor. De una superficie globulosa, pasaba á otras, todas igualmente lisas y duras, todas inmóviles y como petrificadas en el interior del abdómen. En tal estado dilate la incision ámpliamente, pasando por encima del ombligo y hasta cerca del pubis. Despegados y rechazados los intestinos, comencé con la mayor detencion el reconocimiento de la naturaleza del tumor, desentendiéndome de sus límites; ví que era suma-

mente compacto y de un espesor enorme. Aplicando la mano sobre él con fuerza, noté pulsaciones confusas, sin embargo la vista no percibia ningun movimiento de espansion ni de contraccion, la gran dureza y compactibilidad del tumor, alejaba de mi mente la sospecha de que fuese un aneurisma; no obstante, introdúzcole un trocar explorador que penetra rechinando, y salta un chorro de sangre por sacudidas y con la misma fuerza que si lo hubiese metido en un ventrículo del corazon. Retiro el trocar; aquel tejido compacto y apretado se rehace sobre la abertura y no deja salir sangre. Reflexiono que es imposible un aneurisma verdadero, tan voluminoso de la aorta, que ni aun el mayor corazon hipertrofiado podia tener tanto volúmen; y que un aneurisma falso, no ofrecería aquella resistencia en su textura, porque la sangre coagulada que forma su contenido, se deja penetrar sin resistencia.

Paso la mano por detrás del tumor separando aun débiles adherencias, y llego con trabajo á tactar la aorta; la recorro con el índice izquierdo de arriba á bajo y veo con placer que se encuentra en estado normal. Circumbalo el tumor hácia la pelvís, y aunque está fijo y no cede su posicion por las tracciones, conozco que ocupa casi todo el hueco del vacinete. Deslizo los dedos con dificultad entre dichas partes, tiro con fuerza del tumor hácia arriba y asciende alguna cosa. Busco su estrechamiento ó su terminacion y lo encuentro en la vajina. No se ven ovarios ni tubas. La vejiga está en su sitio, pequeña y comprimida, igualmente que el intestino recto. Aquel tumor duro, tuberoso, fijo, cuyos límites superiores

aun no se han descubierto, es el útero afectado de una alteracion de textura, que solo el exámen anatomo-patológico del mismo, podia determinar. Seguidamente voy en busca del límite superior, y al fin paso la mano entre el lado derecho y superior de él y unas asas intestinales; tiro y cede, sigo el fondo y encuentro una interrupcion en la superficie, la rodeo y es un cuerpo cilíndrico que sale ascendiendo del fondo, á la vez noto que se dilata enseguida, formando como el cuello de una calabaza de peregrino; el tumor continúa ensanchándose, y de nuevo asciende por debajo del hipocondrio izquierdo, pero esta última parte no está tan dura, y se deja comprimir al esfuerzo de la mano, sigo por ella y tacto el bazo; recorro sus límites, y veo que el superior de la segunda parte del tumor, se aplica al inferior del bazo, aplastándose y comprimiéndose mútuamente. Estan adheridos, pero por fortuna la adherencia no es tampoco resistente, y los separo.

Vuelvo á la pelvis; ya el tumor estaba suelto por todas las partes de la circunferencia anterior, posterior, laterales y superior. El peritoneo pelviano con lo que debieron ser ligamentos anchos, inmovilizaban aun el tumor por estos puntos, apesar de haber volcado algo fuera del abdómen por su propio peso; fuí cortando los repliegues peritoneales, primero el derecho y despues el izquierdo; á cada corte salía una cantidad imponente de sangre, proveniente de gruesos vasos que se dirigian por allí hácia el tumor. Ligados, procedí á levantar una hoja peritoneal para ligar al descubierto los vasos, antes de cortarlos, y así pude evitar una gran pérdida de sangre. No obs-

tante, y aunque se ligaban los mayores, como eran numerosos, los mas pequeños no podian ser todos ligados preventivamente, sino á espensas de una prolijidad infinita, y apenas se cortaba el peritoneo, como estaba violentamente distendido por el desarrollo del tumor, se retraia mucho, no bastando que practicára el corte lo mas próximo posible al útero, para que al retraerse el peritoneo, dejase al descubierto el fascia y los músculos intrapelvianos, arrastrando las arterias, ocultándolas, y haciendo sumamente difícil sus ligaduras. Al fin, despues de vencer esas dificultades en uno y otro lado, pasé una ligadura entre el tumor y la vajina, cortando por la estremidad superior de esta.

Cohibida completamente toda hemorrágia y limpio el abdómen, dí los necesarios puntos de sutura en la pared abdominal, comprendiendo el peritoneo, y colocamos en el lecho á la paciente.

La operacion habia sido en estremo laboriosa; habia durado dos horas, y la enferma no estuvo cloroformizada sino imperfectamente en la primera de ellas. Sin embargo, no se sincopizó, y sufrió con resistencia tan graves y dilatadas maniobras.

Exámen del tumor.—El peritoneo que lo cubria estaba íntimamente identificado con un fascia aponeurótico, que no podia distinguirse ni aislarse de la que deberia ser la serosa. Este aponeurosis se reforzaba en determinadas líneas, que formando espesas bandas fibrosas, estrangulaban al tumor en varios puntos, dándole una forma tuberosa, y como falsamente multilobular. En ningun punto podia disecarse por contigüidad del resto del parénquima morboso. Este era parecido al del útero gestante, pero mas duro

y como de la textura de los fibriformas. Carecia de cabidad central, todo formaba un cuerpo macizo, atravesado de innumerables canales sanguíneos, cuya disposicion, se parecia á la de la vena porta dentro del hígado. Todos estos canales venian á formar un solo conducto en el estrechamiento á manera de calabaza de peregrino, que separaba el tumor de su último lóbulo superior. Este variaba de extructura, su parénquima era blando, como espongïoso y muy parecido á el del bazo, ó mejor, á un gran tumor erectil.

Estado de la enferma pocos momentos despues de la operacion.—Fisonomía abatida; pulso pequeño; tranquilidad indiferente.

Caldo y tila.

Seis de la tarde.—Pulso algo mayor, una poca de animacion en el semblante. Se queja de calor en el vientre.

Nueve de la noche.—Síncope repentino y mortal. Sangre que rebosa por el apósito.

Apesar de la turbacion de la familia y de sus injustas quejas contra mí, pude averiguar que sobrevino el accidente á un esfuerzo de vómito. Es de suponer que alguna de las numerosas ligaduras se escurrió al esfuerzo, ó rompió las túnicas del vaso que dió ocasion á la hemorrágia.

19. OBSERVACION.

Diagnóstico incompleto. Quistes multilobulares cn ambos ovarios. Dcgeneracion quisto-sarcomatosa del útero. Numerosas y fuertes adherencias. Amputacion del útero con sus accesorios. Muerte al cuarto dia.

N. N. vecina de Cádiz, 56 años. Alta, demagrada, fibrosa; carácter enérjico.

Pasó la época crítica sin novedad. Nueve años

hacia que comenzó á notar el abultamiento de su vientre.

Con el discurso del tiempo creció, hasta adquirir las dimensiones de una hidropesía de las mas exajeradas.

Fué necesario punzarla y se volvió á llenar, continuando en la necesidad de punzarse, en períodos cada vez mas próximos. Vino á consultarme el año 66, deseosa de operarse, cuanto supo que era posible su cura radical. Escaséz de recursos la impidieron permanecer en Sevilla el tiempo necesario; la punzé por que no podia ya moverse, regresó á Cádiz. Tenia dos grandes quistes que se podian vaciar por una sola puntura exterior, quedando otros muchos pequeños, muy perceptibles al tacto, y entre ellos algunas masas duras. En la primavera del 67, volvió á Sevilla. El tacto y el reconocimiento uterino, manifestaban que el cuello era mas grande que lo natural. La tactacion no daba sensacion de dureza estraña. Habia algunas granulaciones que no parecian de índole maligna. Las estremidades inferiores estaban edematosas.

Decidida firmemente á operarse, procedí en su consecuencia.

Practicada la incision abdominal, vacié el quiste abocado, quedando el vientre casi tan lleno. Dilaté el peritoneo en toda la estension de la herida, y el omento estaba adherido en mucha parte al primer saco por una cara, y al peritoneo por la otra. Las adherencias eran íntimas; se despegó con laboriosidad y se ligaron en él algunos vasillos que daban sangre. Para traer otro quiste á la incision co-

menzé á pretender rodear la masa morbosa con la mano; pero numerosas adherencias en forma de fuertes bridas, algunas bastante gruesas y largas, venian de los dos lados del peritoneo á los tumores, y fué preciso irlas cortando, porque no cedia á la traccion ninguna de ellas.

Movilizada algo la masa, se punzó por dos puntos mas que se trajeron á la herida. Entónces pudo notarse, que los sacos vacios correspondian al ovario izquierdo, pero que el derecho sufria igual alteracion.

Aunque múltiples tambien, sus quistes, eran pequeños, y los mayores del tamaño de una naranja.

Unidos á algunos puntos de la pared de los sacos grandes, existian varios tumores sólidos, de la magnitud de un puño y algo mas. El ovario derecho no tenia pedículo, continuándose con el útero que alcanzaba tres veces su volúmen y estaba deforme. Un corte explorador dado en su parte lateral y superior puso de manifiesto su parénquima alterado; estaba constituido por una agrupacion de vesículas del tamaño de granos de pimienta, unas, y otras mas pequeñas, semi-trasparentes y llenas de líquido gelatiniforme. No habia nada que recordara la extructura del órgano. El cuello conservaba todavia su textura; pero el orificio del hocico de tenca, estaba dilatado por algunas vesículas de la pared uterina interna, mas desarrolladas, y que comenzaban á insinuarse por el dicho orificio. Las arterias fueron ligándose parcialmente, antes de ser cortadas. No hubo gran hemorrágia; pero quedaron muchas ligaduras en el vientre, tanto de uno y otro lado de la escavacion de la pelvís, como del omento, de la vajina, y de algunas bridas.

La operacion fué bastante laboriosa. La enferma quedó colapsada.

Vino; infusiones aromáticas. A las cinco horas habia desaparecido el colapsus, sobreviniendo vómitos muy frecuentes y alguna agitacion.

Pasó la noche así; no habia orinado y extraje la orina. Pulso pequeño y frecuente.

El dia fué igual. Vientre dolorido. Extraigo dos veces las orinas.

Al tercer dia el abdómen se meteoriza considerablemente, siguen los vómitos, aumentan las náuseas y la inquietud general. Calomelano y ópio. Nieve al vientre.

Por la noche continuó lo mismo, apareciendo hipo, y fatiga ardorosa en la boca del estómago, en cuyo punto es mayor el meteorismo.

Al cuarto dia el pulso es mas pequeño y menos frecuente; la fisonomía está sumamente descompuesta; sudor espresivo; hipo á cortos intérvalos. Cesa algo la ansiedad general. La enferma dice que mis esfuerzos han sido inútiles y que moriria tranquila si le quitase las fatigas del estómago. Fallece por la tarde.

20. OBSERVACION.

Quistes voluminosos y en gran número, acompañados de tumores fibrosos y otros conteniendo una materia semejante á la cerebral reblandecida. Ovariotomía. Muerte.

En el mes de junio del 63, me consultó María Orellana. Entónces estaba ya casi esquelética. Era soltera y de 27 años.

Su abdómen presentaba la figura y volúmen de una hidropesía que amenazara estallar. La fluctua-

cion era patente. La orina escasa. Habia dísnea y gran dificultad para los movimientos.

Urgía evacuar los líquidos y la puncé.

Salió serosidad de color y consistencia de jarabe de goma, llenando el orinal que lo recibia. De pronto cesa el chorro.

El aspecto del líquido me hizo sospechar su orígen, pero la forma y dilatacion del vientre, igual al parecer, en ambos lados, y hacia el diafragma como hacia el pubis, estaba desvaneciendo mi sospecha, cuando la súbita interrupcion del chorro, que no volvió á correr, á pesar de introducir un estilete por la cánula, me hizo insistir, dando ya cuerpo á una creencia, que fué confirmada, al tocar con el boton del estilete una pared resistente, mas tensa de lo que correspondian al omento, ó á una asa intestinal. Así, no dudé que se trataba de una hidropesía enquistada y poniendo de nuevo el trocar en la cánula, empuje sobre lo que resistia, y corrió una columna de líquido achocolatado y fétido. Vertidas cuatro libras de este, ceso así mismo de repente.

Metí la cánula hasta el pabellon, y la saqué luego poco á poco, sin conseguir restablecer la corriente, y estando tan hinchado el abdómen como antes, hice nueva puncion por otro lado.

Practiqué la primera en la parte media de la línea ileo-umbilical izquierda, y la segunda en el mismo punto de la derecha. De aquí salió un humor puriforme, disuelto y lactescente, en cantidad bastante á llenar dos orinales y parte de otro.

No siéndome posible dar salida á mas líquido, aunque el vientre solo habia disminuido en tension

y como una tercera parte de su volúmen, retiré la cánula y desistí de hacer otra puntura.

Reconocido entónces el abdómen, noté unas grandes durezas hácia la fosa iliaca del lado derecho; y no me quedó duda de que procedian del ovario.

Al otro dia el vientre estaba dolorido; al siguiente no podia soportar presion ninguna. Se desarrolla fiebre, urencia en la piel; velocidad suma, tirantes y pequeñez de pulso.

Puse la enferma á dieta y le administré el calomelano.

Cinco dias duró ese estado, en los cuales no se movieron cámaras, y la fisonomia se contrajo. Vino la estomatitis hidragírica, y despues todo fué degradando, hasta desaparecer los síntomas de aquella peritonitis parcial.

A mediados de julio, el vientre no podia dar más de sí; hice la paracentesis por el lado derecho y ocurrió poco mas ó menos lo que antes; pero no sobrevino ningun accidente consecutivo; las orinas aumentaron mas de lo normal, y se despertó un apetito exagerado.

Marché á baños en el mes de agosto, y durante mi ausencia, volvió á punzar á la enferma el profesor á quien la dejé encomendada.

Convencida la paciente y su familia, de que solo la muerte podia ser el término del padecimiento, decidieron seguir mi parecer, y buscar una esperanza en la operacion de la ovariotomía.

Este es el retrato de la enferma en los dias próximos á la operacion.

Cara canina; demagracion esquelética del cuello,

pecho y brazos; abultamiento hidrópico exagerado é igual, de todo el ámbito del abdómen; sacro, tuverosidades isquiáticas y femorales, descubiertas, y enrojecidas por los decúbitos; piernas edematosas en forma cónica, á la manera que están representadas en el cuadro del hambre. Movimiento largo y lento de los ojos; lengua húmeda y limpia; falta de apetito desde medio mes atrás; deposiciones tardias; orinas naturales en cantidad y calidad; respiracion angustiosa, corta y frecuente; pulso veloz, pequeño y depresible; constante movimiento vermicular en las yugulares; imposibilidad de andar y estar de pié; dificultad en permanecer sentada; impotencia para moverse en la cama.

Una onza de cloroformo y dos horas mortales de inhalacion, no bastaron á producir ningun efecto. Estando la enferma, pues, en todo su sentido, puesta en cama y en decúbito dorsal, hice una incision vertical, que desde pulgada y media por bajo del ombligo, descendió hasta otras dos, antes de llegar al pubis.

La tirantez de las partes hizo que la incision se abriese por sí misma, resultando un óvalo cruento.

Sobre su vertical corté una capa muscular, que deberia ser el recto, segun la direccion de las fibras, pero que por lo demás habia perdido sus caractéres, efecto sin duda del adelgazamiento á que le habia forzado la hidropesía.

Incindí con cuidado, tambien verticalmente, media pulgada de lo que me pareció ser el peritoneo y pared anterior del quiste, y saltó un chorro de humor lechoso, purulento, con tal fuerza que me alcanzó la cara.

Pasados algunos minutos en recojer aquello en vasijas, introduje el dedo índice izquierdo, y poniendo su cara palmar en contacto con la pared del quiste y del abdómen, agrandé la dilatacion hácia el ombligo y pubis, aunque no en toda la extension de la herida exterior ó superficial. Fluyó gran cantidad de la materia referida. Introduje la mano y reconocí una cavidad ó saco cerrado, que se dilataba por toda la parte anterior y laterales del abdómen. La parte opuesta á la parietal, y que debia descansar sobre los intestinos, la formaba una pared informe constituida por innumerables quistes de diversas magnitudes, unos grandes, otros pequeños, semejando circunvoluciones de intestinos gruesos, velados por falsas membranas y concresiones albuminosas.

Fuí punzando los menos dudosos, y abriéndolos despues que veia surgir serosidad por la puncion.

Unos la contenian trasparente, otros, líquidos gomosos, y los mas, materia puriforme, en tal abundancia y tan comprimida, que saltaba en gruesos caños. Ninguno contenia materia achocolatada ni fétida, como la que extraje de un quiste, en la primera paracentesis. Vaciados muchos quistes, y quedando aun muchos otros por vaciar, encontré una masa dura y como fibrosa sobre la fosa iliaca derecha, y abiertos los quistes que la envolvian, apareció una porcion como dos grandes puños, dura y rodeada ó embadurnada por una sustancia ó puche algo semejante á la papilla de cerebro.

Era llegado el caso, de separar aquel gran saco, dentro del cual existian los quistes y tumores, del ámbito de la cavidad peritoneal.

Comenzé á disecar por los bordes de la incision; pero no existia intersticio perceptible entre el saco y el peritoneo. Las láminas musculares estaban reblandecidas y adelgazadas de tal modo, que se deshacian y arrollaban, despegándose del peritoneo, íntimamente unido al saco. Desistí de aislarlo por este camino, y entónces rompiendo los quistes que se dirigian hácia el epigastrio, llegué al confin del saco por aquella parte, tiré de él con la mano izquierda por un pellizco, como se trae la punta de una calceta que se pretende volver; hice allí una incision que rasgué con el dedo, y descubrí el colon trasverso y asas de intestinos delgados. Acabé de introducir la mano por la abertura del fondo del saco, lo despegué sobre la comisura superior de la herida, y sucesivamente de todas las demás regiones intra-abdominales. Así lo extraje al exterior, quedando retenido solamente por un pedículo, que terminaba en el ángulo derecho del útero. Este era pequeño, y estaba así como las trompas y el ovario opuesto, completamente sano.

Dí cinco puntos de sutura, despues de bien limpia con esponjas la cabidad peritoneal; mordí el pedículo con un enterótomo de Dupuitren, y corté el tumor media pulgada delante de la pinza.

No se perderian cuatro onzas de sangre.

Unas planchuelas de hilas secas, tortas, dos compresas y una faja de lienzo, compusieron el apósito.

Aseada la enferma se trasladó á la cama.

Prescripcion.—Agua azucarada. Cada media hora una cucharada de la siguiente mixtura:

Agua comun 4 onzas.

Agua de azahar 1 onza.
Láudano de Sydenham 10 gotas.
Sustancia de pan.

Estado de la enferma acabada la operacion:

Fiebre con pulso pequeño y veloz; respiracion querellosa.

Diez de la noche.—Disminuye la fiebre; dolor fuerte en los puntos de decúbito; poco en la herida; grandes ganas de orinar; imposibilidad de hacerlo. La sondo y sale un cuartillo de orina natural.

Dia 2.° á las ocho de la mañana.—Poca fiebre; lengua seca; durmió algo por la noche, pero despertaba asustada; la respiracion continúa querellosa.

Dos de la tarde.—Frio repentino; despues gran ardor interior; mas fiebre; respiracion como antes, lengua algo húmeda; dolor fuerte en el sacro; orina naturalmente.

Diez de la noche.—Falta la reaccion febril, lo demás igual.

Dia 3.° á las ocho de la mañana.—Noche intranquila; orinó con abundancia; dolor en el lado izquierdo del hipogastrio; poca fiebre; lengua seca; lentor; el vientre no ha movido desde el dia antes de la operacion.

Prescripcion.—Sustancia de pan y arroz; un grano de calomelano con una sesta parte de ópio cada tres horas.

Diez de la noche.—Continúa en el mismo estado; suspendo las píldoras.

Dia 4.° ocho de la mañana.—Noche inquieta, no ha dormido nada. El dolor de la parte izquierda del hipogastrio no es constante. Dice la enferma, que

no lo podria sufrir si durase mas tiempo. Poco calor en la piel; pulso pequeño y muy veloz, mas lentor; lengua menos seca.

Levanto el apósito; poco pus; los labios de la herida están adheridos, escepto en la comisura inferior donde reside la punza; el pedículo está seco, como el ombligo ligado de un recien nacido; no hay mal olor. Sostituyo el enterótomo por una punza de hemorróides.

Prescripcion.—Sustancia de pan con huevo.

Diez de la noche.—Voz apagada; vientre algo elevado por gases, frialdad de la piel; pequeñez y menos velocidad del pulso; falta de sed; no hay dolores.

Prescripcion.—Mistura difusiva; caldo de pollo.

Dia 5.º á las ocho de la mañana.—Reaparece la voz; pulso lento, pero mayor que en la noche anterior; calorificacion mediana; region epigástrica, elevada por gases; no hay dolor.

Dos de la tarde.—Frio intenso; la enferma pide otra manta con voz apagada y en el acto espira sin estertor ni agonía.

No ha habido vómitos, ni hipo, ni tirantes abdominal, ni dolor á la presion, ni angustia epigástrica, ni descomposicion mayor del semblante.

21. OBSERVACION.

Gran tumor fibroso, diagnosticado de una preñez tubarica. Ovariotomia. Muerte al dia octavo.

La observacion que sigue fué recojida, redactada y publicada, por el ilustrado profesor D. Serafin Quintero, en los números 15 y 16 de la *Crónica Mé-*

dica; no hago pues mas que trascribirla al pié de la letra, suprimiendo solo algunas galantes frases, que me dispensa por efecto de su cariño:

Sres. Redactores de la Crónica Médica, etc.

«Tres años hace próximamente que Manuela Delgado, entónces de 22 años de edad y casada, me llamó á los pocos dias de haber sufrido un aborto, por incomodarle en demasía un bulto y dolor que sentía en el vientre.

»Supe en el acto de mi visita que desde el principio del embarazo (primípara) habia sufrido mucho, tanto por los síntomas propios de su estado, como por dolores casi contínuos en el vientre y un mal estar inesplicable, que no habian desaparecido con la espulsion del feto de ocho meses, que dias antes habia tenido lugar, á causa segun ella, de una sangría prescrita por una partera. El feto espulsado estaría recien muerto, tanto porque habia sentido sus movimientos hasta el dia anterior, como por su coloracion blanca, integridad de la piel, &c., que fueron aseguradas por la puerpera.

»Con estos antecedentes observé una tumorosidad hipogástrica, con sensibilidad algo exaltada, que referí á infarto de la matriz y que combatí con los medios antiflogísticos apropiados, obteniendo un alivio graduado, sin supresion de la evacuacion loquial, dejando de ver á la enferma á los doce ó quince dias de tratamiento.

»Un año se pasó poco más ó menos sin saber nada de ella; y al cabo de este tiempo vino á mi casa á consultarme sobre sus padecimientos de vientre.

Me refirió que en el año trascurrido la habia visto otro profesor de la poblacíon; y habia pasado á Sevilla donde un Doctor homeópata le habia hecho tambien sus prescripciones; pero que no encontrando alivio en su dolor é hinchazon del vientre bajo, volvia á mí, para que le propínase lo que creyera conveniente.

»Recuerdo con trabajo, que practicado un lijero reconocimiento por el tacto sobre casi todas sus ropas, percibí igual tumorosidad que el año anterior en el hipogástrio, algun dolor á la presion con ausencia de fiebre y de todo otro síntoma general; sus mestruaciones seguian con regularidad, pero agravándose sus molestias durante el período; estaba algo desnutrida y si mal no recuerdo, le prescribí el ioduro en disolucion al interior media dracma por libra de agua, y untura hydrargirizada con belladona, *loco dolenti*. Repitió sus visitas á mi casa por algun tiempo, me dijo sentía alivio; y dejó luego de verme.

»La he encontrado muchas veces desde entonces, cada vez mas pálida y delgada, con mayor abultamiento de vientre; pero suponiéndola asistida por otro Profesor, me abstenia de preguntarle.

»En abril último una familia amiga mia que se interesaba por Manuela, me pidió fuese á verla, que seguia muy mala y no estaba á cargo de otro Profesor como yo creia.

Hícelo así complaciendo á mis amigos, y preguntando sobre lo ocurrido desde fines del 62 que no la veia, la interesada me dijo: «Cuando iba á ver »á V. me aconsejaron tomára las pildoras de Mo»risson; purgué mucho con ellas, pero sentia poco

»alivio. A poco vino á Utrera una mujer de Marche-
»na; prometió curarme, como lo habia hecho con otras
»en igual caso; y fuí allá al efecto como lo exigió.
»Me dió una taza de un julepe oscuro que á la hora
»me produjo cámaras oscuras abundantísimas; me
»acostó y estrajo por la vulva vários pedazos de pe-
»llejos blancos, que me dijo eran el cuerpo estraño
»que yo tenia, me fajó el vientre encargándome lo
»tuviese así cuarenta dias, y me vine á Utrera. El
»vientre descendió y al mes me faltó la menstrua-
»cion. Me creí embarazada hace un año y por eso no
»he visto á V. ni á otro profesor.»

»Procedí á reconocerla el vientre y observé un tumor duro, movible, colocado en el centro de la cavidad, aunque parecia mas aprisionado hácia la region inquinal y vacío derecho, compuesto de partes que aun correspondiendo á un solo cuerpo, parecian moverse separadamente; llegando en sucesivos reconocimientos hasta creer habia tocado clara y distintamente una parte redondeada del tumor como escalonada al modo de un toráx de feto; creí, pues, se trataba de un embarazo estra-uterino tubario, y aconsejé á la enferma y su familia, procuráran consultar á cerca de mi opinion con Profesores de mayor ilustracion y práctica.

»Seguí viendo á la enferma cada tres ó cuatro dias, procurándole algun lenitivo á su estado deplorable, é inculcando á la familia la enunciada idea de que consultáran sobre el caso que yo creia desesperado; pero las circunstancias de pobreza no le permitian llamar Profesores de fuera de la localidad, ni á ella le era fácil trasladarse por sus sufrimientos y

estremada debilidad. Hacía seis ú ocho meses que no la dejaba la diarréa de materiales sero-biliosos; la fiebre era contínua; la emaciacion tocaba en el marasmo.

»Así pasaron los dias, hasta que el 30 de Mayo último la vimos juntos en Sevilla en consulta gratuita los Sres. D. Federico Rubio, D. Ramon de Esteban y Ferrando, D. Cárlos Montemar, D. Adolfo de la Rosa y el que suscribe.

»Despues de una detenida discusion en que cada uno de los referidos señores espuso las razones que los llevaban á fundar su diagnóstico, reasumió el Sr. Rubio todas las opiniones en una improvisacion, deduciendo por el método esclusivo y de conformidad con todos los consultados que se trataba de un embarazo estra-uterino tubario, inclinándose aunque otros no lo creian así, á que su fecha databa de la misma época de concepcion del feto abortado en principios de 1861.

»En consonancia con este diagnóstico y en virtud del lamentable estado de la enferma, se le hizo saber á las personas interesadas de su familia que nuestro pronóstico era funesto, y que la operacion, único medio al alcance de la ciencia, no era mas que una esperanza dudosa de salvacion. La enferma se trasladó á su domicilio, donde siguió con su fiebre contínua, su diarréa y su abatimiento constantes, que no modificaban en nada mis prescripciones, y el 6 de Junio me manifestó resueltamente que queria operarse.

»Dispuesta espiritualmente y señalado el 8 para la operacion, se trasladaron á esta villa en aquella

mañana, con la filantropía y abnegacion de que tantas pruebas dá diariamente nuestra clase, los Sres. Rubio, Ferrando, Fuertes, la Rosa, Sanchez Rivera y Tejada, que con los Sres. Delgado y Carrion, el clínico Vigueras y el que dice, nos presentamos en la humilde casa de la enferma.

»Preparado el aparato, hizo el Sr. Rubio una ligera reseña de la operacion que iba á practicar, señalando los riesgos y complicaciones que en su ejecucion pudieran sobrevenir, y colocada convenientemente la operada, procedió haciendo una incision en la línea alba desde dos á tres líneas por debajo del ombligo hasta cuatro ó cinco por encima del púbis, interesando, sucesivamente la piel, las aponeurosis y el peritoneo. Abierta así la cavidad abdominal vimos con admiracion el error del diagnóstico sufrido. Ofrecióse á nuestra vista un enorme tumor de dimensiones superiores á las de la herida hecha, y que hubiera turbado á otro que no fuera nuestro querido compañero. Sin mas que una breve pausa y comprendiendo la imposibilidad de la estirpacion en masa, toma una pinza erina, comprende entre sus bocados parte de su pared anterior, rómpese esta, dando salida á un líquido inodoro, de color acafetado y en cantidad de unas dos libras, del que nada cayó en la cavidad, merced á las compresiones ejercidas sobre los lados del tumor por el operador y auxiliares mas próximos. En este estado fué mas fácil dar al tumor un movimiento de rotacion hácia el lado derecho y destruir con la mano y dedos las fuertes adherencias que tenia al mesenterio, en el que estaba implantado por su cara posterior.

Libre ya por este lado y adosadas un tanto sus duras paredes, lo vimos fuera de la cavidad sirviéndole de pedículo la trompa derecha. Atraido al ángulo inferior de la herida y mordido el pedículo por una pinza de hemorroides, se ligó por encima con un fuerte cordonete encerado y se cortó. Limpia la herida y el grande omento y enucleados de este dos pequeños tumores blancos, duros y lisos, aplicó el operador á ella tres puntos de sutura cruenta, dejando últimamente fiado á la pinza el pedículo, por haberse deslizado el cordonete, y unas cuantas planchuelas empapadas en agua fria, las compresas necesarias y un sencillo vendaje de cuerpo, completaron tan grave y delicada operacion, en que escasamente se invertirian unos cuarenta minutos.

El tumor estraido, de figura irregular, de doce á trece pulgadas en su mayor diámetro y de ocho á nueve en el menor, de tres y media libras de peso, era escirriforme, de paredes muy gruesas (una pulgada próximamente de espesor), lardaceas y cartilaginizadas en algunos puntos, de superficie desigual, con tuberosidades de variado tamaño, las mas redondas ó circulares, y en su cavidad flotaban porciones celulares y grasientas en no escaso número.

Al separarnos del lecho en que quedó colocada la operada, vimos que nada parecia haber sufrido, que su pulso mas bien estaba mas dilatado que ántes y que en los dos últimos meses que la he observado; quedando sometida al uso de algunas cucharadas de una mistura antiespasmódica, agua azucarada y ligeros caldos.

Por la tarde la reaccion era débil, el vientre es-

taba timpanizado y doloroso, la lengua seca, tenia gran sed y no habia cámaras que tan frecuentes habian sido.—Prescripcion.—Agua azucarada, tisana emoliente y dieta vegetal.

Por la noche: igual estado; la misma prescripcion.

Dia 9 por la mañana.—La enferma desea dormir y espeler gases ó defecar; mas timpanizacion; dolor en todo el vientre, principalmente hácia el epigástrio, no hay sed; lengua mas húmeda; poca fiebre.—Untura anodina al epigástrio, bebida carminativa con la tintura de anís á cucharadas cada hora, igual dilucion y ligeros caldos.

Por la tarde.—Ha hecho dos deposiciones serobiliosas y espelido gases; menos timpanizacion; poca fiebre.—Igual prescripcion y caldos de gallina cada cuatro horas.

Dia 10 por la mañana.—No ha dormido, ha habido dos cámaras como las anteriores durante la noche; poca timpanizacion; se queja de pirosis.—Prescripcion como el dia anterior.

Por la tarde.—No descansa; cinco ó seis deposiciones.—Al agua azucarada se le agrega onza de goma por vaso comun.

Dia 11 por la mañana.—Ha dormido algo y está mas tranquila; sigue la diarréa; vientre flojo y poco doloroso; poca fiebre.—La misma prescripcion con el cocimiento blanco gomoso á pocillos cada tres horas.

Por la tarde.—Dolor en las inmediaciones de la herida, íngle y vacío derecho; sigue la diarréa; mas fiebre y abatimiento.—Igual prescripcion.

»*Dia 12 por la mañana.*—Intranquilidad y pervi-

gilio; el mismo dolor que ayer; la diarréa continúa; pulso pequeño y frecuente.—Se agrega á la libra de cocimiento blanco media drachma de electuario de diascordio; en lo demás sin variacion: estuvo sentada reclinada sobre almohadas una hora.

»*Por la tarde.*—El mismo estado con mas abatimiento.

»*Dia 13 por la mañana.*—Mas abundante la diarréa; vuelve á molestarla la pirósis; el pulso está filiforme. Levantado el apósito encuentro seca la herida, cicatrizada casi en totalidad, y la pinza fija al pedículo; el vientre flojo y poco doloroso, á escepcion del vacío derecho en que se siente renitencia y algun dolor.—Cura con cerato, compresas y vendaje de cuerpo; al interior el cocimiento blanco con estracto aq. de ópio y buenos caldos con yemas de huevo frecuentemente.

»*Por la tarde.*—Mas diarréa y abatimiento; lengua seca y aftosa; vientre timpanizado; pulso filiforme é irregular.—En la prescripcion agrego buchadas detersivas.

»*Dia 14 por la mañana.*—Menos cámaras; alguna reaccion.—Lo mismo en todo.

»*Por la tarde.*—Deposiciones escasas; la enferma se siente animada.

»*Dia 15 por la mañana.*—Timpanizacion y borborismos; poca diarréa; pulso pequeño.—Igual tratamiento.

»*Por la tarde.*—Mas diarréa y menos timpanizacion; las aftas de la boca la incomodan mucho; abatimiento y pulso filiforme.—El mismo tratamiento,

agregando una cucharada de gelatina animal cada hora.

»*Dia 16 por la mañana.*—Sigue la diarréa en alto grado; el abatimiento es mayor; el pulso filiforme é irregular; la enferma se cree próxima á espirar; la pinza sostiene el pedículo.—Cura y prescripcion igual.

»*A las 5 de la tarde.*—Es aun mas desesperada su situacion; la piel de las estremidades está fria; el pulso es casi nulo; la deglucion difícil.—Se le hacen estimulaciones á la piel con cataplasmas sinapizadas y botellas de agua caliente.

»A las 11 de la noche no se observa reaccion alguna; no deglute; el pulso es nulo; la frialdad mayor, y en este estado continúa hasta espirar tranquilamente poco despues de las 12 de la noche.

»No hubo autopsia por oponerse la preocupacion vulgar de las familias; y la deseaba, aunque carecía de interés bajo el punto de vista quirúrgico, para apreciar en toda su estension los desórdenes que debia ofrecer el tubo digestivo, vista la rebeldía de los síntomas referentes á él, que subsistieron aun despues de estraido el tumor que mecánicamente pudo producirlos. Pero habia mas que esto; y su lesion funcional que secundariamente lesionó las demás del organismo acarreando la muerte de un modo inevitable, prueban que tal era el destino de esta desgraciada.

22. OBSERVACION.

Quistes multilobulares y tumores sólidos del ovario derecho. Numerosas y fuertes adherencias. Ovariotomía. Muerte al dia qninto por infeccion gaseosa.

Josefa Caballero, 22 años. Soltera; regularmente

constituida; formas juveniles. Dos años antes, sin causa apreciable, comenzó á crecerle el vientre; sus compañeras se burlaban suponiéndola embarazada. Las mestruaciones siguieron, aunque cortas. Ya le fué imposible continuar en su oficio de tejedora de esteras, y creciendo mas el vientre, tuvo necesidad de dormir sentada, por serle imposible el decúbito. Su constitucion fué empobreciéndose, y las funciones dijestivas se perturbaron considerablemente. Arrastraba así la vida, sintiendo ya dolores distensivos que le impedian el sueño, aun estando sentada. No podia andar sin graves dificultades, deteniéndose á cada momento, tanto por el cansancio, como por la disnea y los dolores abdominales. Presentóseme por vez primera á la consulta pública, y la forma irregular de su vientre, la angostura de los hipocondrios y la gran dilatacion del resto de las regiones laterales y anteriores, me hicieron sospechar una hidropesía enquistada del ovario. Algunos dias despues pasé á su casa, y la medicion del abdómen produjo los resultados siguientes: Circunferencia á nivel de la parte superior de los hipocondrios, 68 centímetros. Circunferencia á nivel del ombligo, un metro 18 centímetros. Longitud desde el apéndice sifoides al pubis, 60 centímetros. Longitud de una línea pasando de una espina iliaca antero-superior á la otra por la region lombar, 44 centímetros. Línea de una á la otra de las referidas apófisis, pasando por la region anterior del abdómen, 70 centímetros. Del ombligo á las apófisis espinosas de las vértebras lombares por la media circunferencia izquierda, 4 centímetros mas que la otra media circunferencia. Este dato me hizo sospechar que sería el lado

izquierdo el del ovario morboso; mas habiendo preguntado á la interesada y á su madre por donde habia comenzado á notarse el tumor en el principio del mal, contestaron con firmeza que en el lado derecho del vientre bajo. Dí mas valor al dato de referencia que á la medicion. porque podia depender de ser el tumor multilobular, como resultó serlo efectivamente, ó de haber dado mas de sí el quiste por un lado que por otro. Reconocido el útero por el tacto, resultaba hallarse en condiciones normales. No pudo hacerse reconocimiento con especulum por estar la vajina cual correspondía á una soltera honesta. Practicada una puncion exploradora con un trocar de esa clase, salió un poco de liquido mucilajinoso y dorado. Recojida una pequeña cantidad en un vaso y examinado en un buen microscopio, ofrecia gran cantidad de cristales de colesterina.

Diagnostiqué por los referidos datos una hidropesía enquistada del ovario derecho, probablemente multilobular. Por la perturbacion de las funciones generales, el insomnio, y la demacracion que ya venia adelantada, juzgué que la vida no podia conservarse mucho tiempo así, y que la ovariotomía estaba urgentemente reclamada, por ser el único medio practicable en aquel caso, y porque en el desgraciado de sucumbir en la operacion, arriesgaba muy pocos dias de su trabajosa existencia. Aceptado el consejo y preparada la enferma espiritualmente procedí al acto operatorio que paso á describir. Estando la enferma acostada sobre el dorso y en perfecto estado de anestesia, practiqué una incision sobre la línea alba desde tres dedos por debajo del

ombligo hasta dos por encima del púbis, cortando la piel y el tegido celular en dicha primera incision. Otra semejante cortó la línea alba propiamente dicha, y en la comisura superior de esta herida, comenzé á buscar con incisiones cortas el peritoneo. No lo encontraba; heria unos como facias engrosados y anormales, compuestos de várias hojas, que ninguna tenia ni aspecto muscular, ni aspecto de serosa, seguí profundizando con cuidado, y llegué á una membrana compacta y gruesa, que estaba recubierta por las anteriores; era demasiado espesa para que fuese el peritoneo; la creí correspondiente al quiste y la puncé con el trocar grueso; así era en efecto, y salió un líquido achocolatado y espeso, cuya circunstancia me confirmó en el diagnóstico, de que los quistes eran multilobulares, por cuanto la puntura exploradora, que habia dias antes practicado en otro punto del abdómen, dió salida á un humor de muy diverso aspecto y consistencia. Vacío aquel quiste de unas seis libras de líquido, procuré dilatar el peritoneo en toda la extension de la herida, pero observé que esta membrana en la línea media al menos, habia cambiado de naturaleza y condiciones. En vano era inquirir su aspecto de serosa y su textura de una sola hoja; pasados los bordes musculares, se veia una hoja celuliforme, rojiza, floja, y bastante gruesa que pudiera ser una hipertrofia del fascia trasversalis, pero disecando por bajo, salía otra hoja semejante; y reconocido el borde incindido del saco, otra hoja igual y mas delgada, se le intimaba, sin podérsela separar sino á expensas de una prolija diseccion. Ciertamente, pues, el peritoneo parietal sufría en este

punto una dejeneracion de textura, dependiente de la antigua presion de los quistes sobre esos puntos y de la inflamacion crónica de aquellas superficies. Calculé entonces que hácia el pubis no debian haber concurrido aquellas causas, y que quizás encontraría las partes mas aptas para obrar; decidido en caso contrario, á proceder como en la enferma de la observacion núm. 20, en que siendo sumamente íntimas las adherencias del quiste con el peritoneo de la línea herida, y estando reblandecido, así como los músculos abdominales que se dejaban reducir á papilla, vacié los quistes por la herida del primero, dilatándolos ámpliamente, hasta buscar el fondo del saco mayor ó comun, tirar de él por su cara interna, hacerle una abertura, pasar la mano por entre ella y los intestinos, y depegar así del fondo del tumor hácia la herida, cuando no es posible hacerlo de la herida al fondo. Resolucion es esta muy digna de tenerse presente, por si algun compañero se encuentra en tan penoso caso.

Por fortuna, hácia el pubis el peritoneo estaba en una disposicion mas normal, y aunque bastante adherido, no obstaba para que dilatando todo el espesor de la incision más hácia el pubis, pudiera pasar entre la cara externa de éste y el quiste mi dedo índice, depegando las adherencias. Teniendo ya un punto por donde abrirme paso, volví á ocuparme en vaciar algo mas de líquidos el vientre. Dilaté la incision del quiste primero y por ella puncé uno tras otro cuatro mas, que dieron líquidos desemejantes, unos mas claros, otros mas gelatinosos y llenos como de madejas de fibrina. No habia temor de que nada

vertiese en la cabidad peritoneal, porque aun estaban aunados el peritoneo con el quiste mas superficial. Acto contínuo pasé á desprender las adherencias, comenzando por el punto del pubis, donde ya habia pasado el dedo; con el mismo fuí avanzando trabajosamente hasta meter la mano, la cual corria venciendo las adherencias de las partes laterales, pero no así por toda la region anterior. En varios momentos creí imposible la separacion de las partes, y discurrí como sacar los quistes, dejando pegado al peritoneo todo el secmento parietal que no podia desprender, porque las adherencias no eran por bridas, sino por justaposicion y casi intususepcion de superficies. Al fin, despues de muchos conatos y de grandísimos esfuerzos, vencí lo que parecía invencible. Con los tanteos y las retiradas de unos puntos para atacar por otros, se hizo muy largo este período del acto operatorio. Al omento y al mesenterio existian tambien varias adherencias, pero por bridas largas, aunque fuertes, que se incindieron bien, ligando algunos vasillos que de algunas de ellas daban sangre. Volví á punzar otros quistes, porque el volúmen del tumor aun no estaba en proporcion con la abertura abdominal, y algunos eran duros, no fibrosos, pero compuestos de una sustancia gelatinosa, organizada y dura, que no salia por presion de su envoltura, ni aun dilatada estensamente. Evacuados los necesarios para extraer la masa, volcó la totalidad sobre los muslos, quedando pendiente de un largo pedículo, inserto en el ángulo derecho de la matriz. Ligado cerca del tumor con un cordon metálico, que apretado por torcion, quise sustituir á toda otra ligadura y género de

pinzas, corte por cima, sin que se perdiera mas que unas gotas de sangre. El vientre estaba limpio, la enferma dormía tranquilamente y todo estaba bien. Suspendiose la cloroformizacion, y esperé un rato para ver si en la reaccion del despertar, daba sangre algun vasillo de la incision del vientre ú de otro punto, para evitar que se ensuciase la cabidad peritoneal. Despierta la paciente, y viendo que nada sangraba iba á proceder á la sutura, cuando sobreviene un gran esfuerzo de vómito, y á él, rompen varios gruesos chorros de sangre, con grandísimo ruido. Con la velocidad del pensamiento comprendo, aunque no veo, lo que pudiera ocasionar el accidente; el cordon metálico se ha escurrido al esfuerzo, ó ha roto las arterias del pedículo. La cabidad pelviana está llena de sangre; tiro del cordon metálico y sobresale el pedículo. En efecto, las arterias se han cortado. Las comprimo entre los dedos pero imperfectamente, mando pasar una tenaza estranguladora por debajo; cesa el flujo, limpio la sangre, ligo la boca de todos los vasos además. Nada sale; sin embargo se repiten los vómitos con fuerza, y á cada sacudida se resuma alguna poca de sangre que cae en el vacinante, y no se descubre su procedencia. Límpias las partes por varias ocasiones, era muy de temer que se repitiera el mismo efecto. El pedículo era muy frangible, verdaderamente tierno. No podia dar una sutura definitiva, ni tampoco podia dejar la herida sin cerrar. Lo primero, porque en caso de una repeticion del accidente, mientras se quitaban ó nó los puntos de sutura, se moriria la enferma; lo segundo, porque eventrarían los intestinos. Entonces determi-

né practicar una sutura particular, de la manera siguiente: Pasé dos agujas largas delgadas y cilíndricas paralelamente á cada lábio de la herida, entrándolas de la piel al peritoneo y del peritoneo á la piel, como el que clava un alfiler en un pedazo de paño y lo traspasa dos ó tres veces por ambas superficies. Hecho esto y atirantados los lábios para que no quedáran fruncidos por la aguja, pasé de una á otra, por los puentes esteriores que resultaron en ellas, un cordonete, que aproximándolas entre sí, adaptaban y unian los lábios cruentos con bastante exactitud, y en caso de hemorrágia, con cortar el cordonete, separaba las agujas con los lábios, y podia volverlos á unir luego de socorrido el caso, sin necesidad de otra cosa mas que reemplazar el hilo.

Hecho así, cubrí con unas planchuelas y fajé á la enferma, colocándola en su cama. Manifiesta que tiene ganas de orinar y le estraigo la orina.

Exámen de los quistes.—A mas de lo relacionado ya acerca de ellos, añadiré que eran en número de diez y seis grandes, de diferente magnitud; habiendo otros muchos pequeñitos y demasiado numerosos para ser contados con exactitud. Entre los primeros existian dos quistosarcomas, y tres formados por una gelatina organizada, cubierta por la envoltura fibrosa comun á los demás quistes, y por otra membrana propia, finamente vascular, parecida á la pia madre.

Por la noche.—Pulso frecuente y desenvuelto con relacion á su estado anterior. No duele la herida ni el abdómen. Ha orinado por sí tres veces. Fisonomia animada. Caldo y agua comun.

Dia 2.º por la mañana.—Ha dormido mucha par-

te de la noche. Fiebre. Algun dolor en la herida. Incomodidad por el decúbito. Fisonomía normal. Ha orinado naturalmente.

Por la tarde.—Fiebre crecida, dolor en el abdómen. Abundantes vómitos biliosos.

Por la noche.—Ha sudado. Fiebre mas pequeña. Fisonomía digustada. Dolor al vientre que aumenta á la tactacion. Suprimo el caldo. Sustancia de pan y agua fria.

Por la noche.—En igual estado.

Dia 3.° por la mañana.—Ha pasado la noche inquieta y sin dormir. Vómitos menos frecuentes pero siguen las náuseas. Pulso veloz. Fisonomía angustiada. Disminuye el dolor abdominal. Elevacion timpánica en el epigastrio por cima de la faja.

Por la noche..—Hubo exacerbacion febril al medio dia; remite por la tarde con gran sudor. Meteorizacion general del abdómen. Espulsion de algunos gases por la boca, produciendo alibio en la gran fatiga epigástrica, que siente mas, desde que han cesado los vómitos.

Dia 4.° por la mañana.—Abatimiento general. Timpanizacion exagerada. No ha espulsado gases. Calma de mal augurio.

Por la noche.--Sigue lo mismo; náuseas secas. Sudores abundantes. Pulso muy pequeño. Ojos tristes.

Dia 5.° por la mañana.—Igual estado. Levanto el opósito. Herida en buena situacion y unidos los lábios. Escasa supuracion. Timpanizacion exajerada. Cocimiento antiséptico.

Por la tarde.—Despues de la cura y hasta las tres

la enferma estuvo sosegada. Á dicha hora reaparecen las náuseas y hace inútiles esfuerzos por vomitar. La fisonomía está descompuesta, los ojos hundidos, las estremidades frias, todo el cuerpo cubierto de sudor. Quéjase de grandes punzadas en el interior del vientre. Pocion corroborante. Sinapismos en las estremidades.

Nueve de la noche.—Calma sospechosa.—Pulso filiforme.

Diez de la noche.—Fallece.

Autopsia á las nueve de la mañana del siguiente dia.—Abdómen elevado por los gases como el dia anterior. Apósito ligeramente manchado en las planchuelas profundas.

Hecha una puncion con un trocar explorador sobre el epigastrio, sin penetrar mas que la pared abdominal, sale un gas tan sumamente fétido, que apesar de mi costumbre de residir en anfiteatros, y aun estando el cadáver entre la corriente de aire de una ventana y una puerta, tengo necesidad de salirme de la habitacion, y extraer el trocar.

Herida íntimamente unida en sus lábios. Cede con facilidad la línea de la piel, pero necesito emplear fuerza con el dedo para despegar la parte muscular, y mas las membranas en que estaba transformado el peritoneo. Intestinos apelmazados y adheridos á estas partes, de color normal algo sucio, muy dilatados por gases. Hácia el sitio del pedículo existe una cantidad de serosidad purulenta como infiltrada entre los tegidos del vientre y los intestinos, en cantidad de onza y media escasa. Los gases intraperitoneales no escapan por la abertura de la he-

rida, porque el rodeo intestinal adherente, impide la comunicacion. Despegados estos salen los gases, y tengo que abandonar otra vez la sala. Despues de bastante rato, queda un olor infecto, poco soportable. El vientre descansa sobre los intestinos. Estos y el estómago permanecen muy dilatados por gases. El peritoneo no presenta nada de particular; tampoco el útero, ni las densas vísceras, en lo que pude reconocer por la abertura de la herida.

23. OBSERVACION.

Quiste y tumor fibroso del ovario izquierdo. Ovariotomía. Curacion.

Esta observacion fué publicada en los números 10, 11 y 12, de la *Crónica Médica*, año de 1864, y dice así:

»Doña Magdalena Jimenez, natural de Osuna, vino á Sevilla hace mas de dos años, para buscar remedio á sus males, y atender á unos pleitos.

»Por esa época próximamente, me citó á una consulta con el Sr. D. Cayetano Alvarez Osorio, y nos hizo la siguiente relacion:

»A principios del año 59, comenzaron á desarreglarse mis dijestiones, tenia inapetencia, flato ardiente, y vómitos muy ágrios; así continué sin notar otra cosa; hasta que me pareció que se me iba abultando el vientre; despues, ya la hinchazon era indudable; y mi enfermedad fué calificada por los profesores de mi pueblo, de una hidropesía. Con el aumento de hinchazon, coincidió un dolor casi contínuo debajo de las costillas derechas, y una sensacion de faja, que me comprimía la parte alta, sitio del híga-

do, estómago y lado izquierdo inferior de las costillas.

»Decidida á curarme, pasé á Francia, y habiendo oido como nombre famoso, el de Mr. Ricord, fuí á consultarle. Me dijo que la enfermedad que padecia no era de las á que él se dedicaba, y accediendo á mi súplica me dió una esquela de recomendacion para el Dr. Demarquai, especialista en enfermedades de la clase de la que yo padecia. Dicho señor me punzó y me hizo en el vientre una inyeccion con tintura de iodo. Díjome que mi mal era una hidropesía enquistada del ovario derecho, y que debia curar.

»Tuve fiebre, vómitos y mucho dolor en el vientre; pero á los quince dias ya estaba en disposicion de levantarme. Así lo hice, mas en el mismo dia sentí un dolor fuerte en el muslo y pierna derecha; se hincharon considerablemente estas partes, y me ví precisada á volver á guardar cama. Despues de algunos dias, todo aquello fué desapareciendo, mas el vientre volvió á subir, demostrando que reaparecia la enfermedad. El Dr. Demarquai me tranquilizó, volvió á asegurarme la curacion, y me dijo que era muy comun que no curara radicalmente la enfermedad, en la primera tentativa; pero que al fin cedia á la repeticion de las inyecciones.

»No pudiendo permanecer mas tiempo en Paris, pedí á Mr. Demarquai que me diese una nota de mi enfermedad, y del tratamiento que debiera usarse conmigo, para conseguir la curacion. Accedió con mucha amabilidad, y me escribió esta nota:

»Era un escrito, en que diagnosticando el padecimiento de la señora de una hidropesía enquistada del ovario derecho, recomendaba que se le punzase con

un trocar de gran diámetro, y se inyectara una fuerte disolucion de tintura de iodo en agua.

»Despues de la referida relacion, preguntamos sobre el estado de las digestiones, de la mestruacion, &c., y dijo: que las mestruaciones estaban corrientes y las digestiones como habia referido de un principio, si bien se empeoraban á medida que el vientre crecia.

»Reconocido el abdómen, vimos que estaba en forma de balon, igualmente tenso por todas partes, y por todas claramente fluctuante.

»En el punto de eleccion del lado izquierdo, habia una cicatriz como la que deja la puncion del trocar.

»La hinchazon era bastante exajerada, y para andar, se echaba hácia atrás la enferma, como las paridas y las hidrópicas.

»Habia sed, y era incómoda la posicion horizontal.

»Despues de consultar, quedamos en duda respecto á la naturaleza de la hidropesía: Por una parte teníamos la autoridad de un Profesor especialista que ya la habia punzado; por otra la circunstancia al parecer contradictoria, de haberla punzado en el sitio de eleccion y parte izquierda, cuando diagnosticaba la hidropesía en el ovario derecho. La relacion espresaba que los síntomas constantes eran gástricos y hepáticos, y que ellos antecedieron á el derrame. Las mestruaciones eran regulares en cantidad, y ordenadas en el período de su presentacion. La forma del vientre era completamente redonda.

»La interesada tenia la exigencia, y para eso nos llamaba, de que pusiéramos en práctica el dictámen

de Mr. Demarquai y que la punzáramos y le hiciésemos la inyeccion. No accedimos, y la razon es clara; el Médico no puede ni debe hacer nada, miéntras que su propia inteligencia no le diga que lo debe hacer.

»Aquí teníamos dudas, y por tanto debíamos circunscribirnos á hacer la puncion, ver como quedaba el vientre despues, como iba desarrollándose, y tomar de la observacion los datos necesarios para formar un juicio completamente seguro.

»Se punzó y salió por la cánula un líquido espeso, parecido al jarabe de goma, en cantidad de tres y medio cubos, que harian próximamente otras tantas arrobas.

»Fuera de este dato, nada pudimos notar, se vió sí, que no estaba hipertrofiado el hígado.

»Al cuarto dia quité la faja y ya habia demasiado líquido nuevo, para poder observar las viceras por medio del tacto.

»La paciente poco satisfecha de la puncion paliativa, conocí yo, como que deseaba que la viesen otros Profesores, mas decididos ó menos meticulosos, y para no servir de estorbo, dejé de visitarla, esperando que en caso de que deseara mi asistencia, me volveria á avisar.

»No me avisó, y pasaron dos años.

»En esta primavera me llamó.

»Díjome que estaba desesperada, que queria curarse á vida ó muerte, que tenia treinta años y veia que ya no se podia dilatar su existencia de aquel modo, porque de puncion en puncion, habia venido á la necesidad de tenerse que punzar cada mes, so-

pena de no poder dormir, ni comer, ni respirar, ni andar, ni estar sentada. Que cuando se punzaba se sentia bien cuatro ó cinco dias, otros cinco despues mal, otros cinco fatal, y los restantes reventando. Que habia consultado aquí y fuera muchos Profesores, que le habia hecho uno accediende á sus exigencias otra inyeccion de iodo, y que tampoco obtuvo resultado. Que hacia cinco meses que no se le presentaba la mestruacion, y que por Dios le inyectara el iodo muy fuerte, á ver si así se curaba de un modo radical.

»La tranquilicé como pude, y le hice comprender que lo que yo necesitaba era formar un juicio preciso de su padecimiento; que para ello era indispensable la observacion mas rigorosa, que no me pidiera que obrase así ó de otro modo, porque yo no habia de obrar por nada ni por nadie mas que por lo que creyera cierto y conveniente, y que debiendo suponer en mí un vivo deseo de su bien, era innecesario que me exigiera nada, porque yo le daría y le haría todo lo que estuviese á mi alcance, todo lo que fuese ó comprendiese racional, sin que me coartara la timidez, ni me hiciese obrar ligeramente, ni sus ruegos, ni la impremeditacion de la ligereza.

»A duras penas la pude reducir, y cuatro dias despues, que hacía un mes escaso de su última puncion, tuve necesidad de punzarla, porque los dolores tensivos que sentía en el abdómen y particularmente hácia la region hepática y lombar, eran insoportables.

»Salió un líquido igual al de la puncion anterior, si bien algo mas espeso y glutinoso. Entonces observé, que el hígado estaba sano, ó al menos, que no te-

nia mayor volúmen ni dureza que la normal. Vacío el vientre, no se tactaban las circunvoluciones intestinales, ni durezas en el omento, ni en las glándulas del mesenterio.

»Cuatro pulgadas por cima del punto de la puncion, que fué en la mitad de la línea ileo-umbilical del lado izquierdo, se tocaba un tumor del tamaño de un puño, que se rodeaba bien á través de las paredes abdominales, flojas, despues de vaciado el vientre. Dicho tumor era duro, mas que los lipomas, y menos que los escirros.

»No oculté el abdómen con faja ni vendaje, para observar el modo como crecía.

»Nada notable pude recojer de la observacion por esta parte, en pró ni en contra del diagnóstico.

»Despertóse el apetito, y mucha sed, sin que sobreviniera fiebre, ni el mas ligero dolor abdominal.

»A los diez dias el vientre estaba muy levantado por igual; todavía era posible tactar el tumor de que hice mencion, pero no rodearlo ni circunscribirlo. Otros diez dias despues, estaban las paredes abdominales en el mayor grado de tension posible. Los dolores eran muy fuertes, y la enferma no podia acostarse. Por lo demás, la orina, entónces como ántes, no presentaba alteracion perceptible, ni en cantidad ni en cualidad.

»Examinando bien los contornos del abdómen, se notaba que la curva del lado izquierdo era mas convexa que la del otro lado; y que la presion en unos puntos del vientre, era mas dolorosa que en otros; coincidiendo este fenómeno con cierta especie de diferencia de tension. Notábase tambien, que las

costillas falsas no estaban levantadas ó elevadas escéntricamente, sino en su relacion y situacion normal, y que el reborde costal era el punto mas doloroso, principalmente hácia el hipocondrio derecho.

»Los fenómenos relativos á la mayor ó menor tension eran tan vagos, que no impresionaban con bastante fuerza mi sensibilidad, para que no desconfiara algo de la verdad de ellos.

»Ocho dias mas tarde, esto es, á los veintiocho dias de la anterior puncion, fué necesario repetirla.

»El tumor habia crecido mucho, y tanto, que hecha la puncion sobre la cicatriz de la anterior, rozó su borde inferior. Habíase, pues, estendido cuatro pulgadas en descenso, y parecía uno de esos bazos hipertróficos de los tercianarios.

»Desde entonces hasta los veinticinco dias despues en que decidí operarla, nada nuevo pude observar, pero me confirmé en la realidad de las observaciones anteriores.

»Tenía por un lado para diagnosticar una hidropesía del ovario.

»1.º—Líquido viscoso, y parecido al jarabe de goma.

»2.º—Dolores tensivos en el vientre, de naturaleza mecánica, por cuanto no aparecian hasta que el abdómen se llenaba.

»3.º—Desigual dilatacion del vientre, y correspondencia de la menor dilatacion local, con su mayor tirantéz y dolor á la presion.

»4.º—Haber soportado la enferma dos inyecciones iodadas, sin que hubiese sobrevenido una peritonitis de la mayor intensidad.

»Tenia por otro lado, para alejar mi opinion de tal diagnóstico:

»1.º—Vacuidad fácil y completa del abdómen por la puncion.

»2.º—Haber antecedido al padecimiento, síntomas gástrio-hepáticos, inapetencia prolongada, pirosis, dolores en el epigástrio é hipocóndrio derecho, vómitos ácidos unas veces, y otras amargos.

»3.º—Haberse desarreglado la mestruacion en último término. (1)

»Resultaban, pues, cuatro factores contra tres, y en tal caso no podia obtener mas que la probabilidad que va de 3 á 4.

»Pero como en nuestra ciencia entra por mucho menos la cantidad que la cualidad, puesto que un signo patonogmónico vale mas que cien contradictorios, procedí á reducir los síntomas á signos y valorarlos.

»1.º—Líquido viscoso, y parecido al jarabe de goma: propio de las hidropesías enquistadas, pero no esclusivo; en otra enferma que operé, el líquido variaba en cada lóbulo del quiste, en unos era lechoso y semi-purulento; en otros era sanguinolento achocolatado y fétido; en otros claro y albuminoso. En algunas ascitis he visto un líquido acafetado, en otros

---

(1) Segun habrá podido verse en la mayoría de las observaciones expuestas, la mestruacion continúa por mucho tiempo en las enfermas, y no es la funcion, que con mas prontitud suele resentirse. La manera como está redactada la presente historia, demuestra los esfuerzos que necesita hacer la inteligencia del médico, para resolver sus dudas en los casos árduos. Téngase en cuenta además, que en aquella fecha, carecía de la práctica que hoy he podido adquirir, para valorar con mas decision los síntomas de la enfermedad de que se trata.

puramente seroso, en otras sero-albuminoso, y algo glutinoso.

»Probabilidades á favor de la hidropesía equistada 10 á 1.

»2.º—Dolores tensivos en el vientre de naturaleza mecánica, por cuanto no aparecian hasta que el abdómen se llenaba.

«Este signo es comun á toda hidropesía, pero en la ascitis es mas una tension incómoda, que un verdadero dolor. En las ascitis, lo que obliga á punzar es la molestia, la disnea que produce la comprension del diafragma.

»El signo pues vale poco por sí, pero el carácter del signo vale mucho y en su consecuencia tambien lo puede valorar en 10 á 1.

»3.º—Desigual dilatacion del vientre, y correspondencia de la menor dilatacion local, con su mayor tirantéz y su mayor dolor á la presion.

»Estos signos son característicos. En efecto, en la ascitis, el peritoneo y las paredes musculares, se dilatan por igual, la dilatacion sube por bajo de las costillas falsas, y el abdómen invade la region torácica, haciendo vientre mucha parte del pecho, por decirlo así.

»En la enferma de esta observacion quedaba limitado el vientre en el reborde costal, y esta línea estaba deprimida arriba, formando una especie de cintura que era el punto mas tirante, y mas doloroso á la presion. Se dilataba mas el contorno izquierdo del abdómen que el derecho, y este último menos dilatado, estaba sin embargo mas tirante, y se hacia mas doloroso á la presion.

»Revelan estos fenómenos de una manera cierta la existencia de un recipiente anormal, que mas resistente á la dilatacion en unos puntos que en otros, por donde cede no atiranta ni produce dolor, y por donde no cede se atiranta y determina dolor.

»Hubiese dado á este signo el valor de patonogmónico, á no dudar de mí mismo, porque he visto, acerca de lo que ofusca á los sentidos una idea preconcebida, cosas tan estupendas, que es preciso haberlas presenciado muchas veces y en distintas ocasiones para creerlas. En efecto, cuando yo era Disector, practicaba todas las autopsias clínicas, y me hacia reir, cómo unos Catedráticos, no veian las ulceraciones intestinales de gran tamaño, y otros, en intestinos sanos, notaban cien mil cosas, y hasta los dedos se les hacian huéspedes. Estas ilusiones y alusinaciones, las he visto repetirse despues con harta frecuencia, en los mas distinguidos Profesores, y así doy una fé incompleta á lo que veo, como tenga vivo interés en que sea verdad aquello que me parece.

»Dejé por tal motivo dichos caractéres fuera de la consideracion de evidentes, aceptándolos como signo de probabilidad en razon tambien de 10 á 1.

»4.º—Haber soportado la enferma dos inyecciones ioduradas, sin que hubiese sobrevenido una peritonitis de la mayor intensidad.

»Reducido este hecho á signo, resulta de gran valor, pero como las circunstancias individuales, suelen sobreponerse á los efectos de las mas fuertes agresiones y vice-versa, tampoco quise dar á el signo un valor decisivo. En efecto; un enfermo tomó

43 granos de tártaro emético en una dósis, sin vomitar ni sentir efecto alguno.

»Yo he tomado en un dia dos dracmas de jalapa, traida la primera de una oficina, y de otra la segunda, como si hubiese tomado polvos de caoba.

»Tengo un enfermo que cada vez que toma ópio se le desarrollan neuralgias violentísimas, y se exita su cerebro hasta la demencia mas inquieta, se le abren los ojos de par en par, y no puede dormir en muchos dias.

»Medio escrúpulo de polvos de Douwer dado en dos dósis de á seis granos, con tres horas de intermision, produjeron un envenenamiento á una enferma, que me hizo temer por su existencia.

»Por tales consideraciones valoré el signo como los demás de 10 á 1.

»Examinado el valor de los datos opuestos á la opinion de que la hidropesía fuera enquistada, resultaba:

»1.º—Vacuidad fácil y completa del abdómen por la puncion.

»En efecto; este carácter es mas propio de las ascitis que de la hidropesía enquistada del ovario.

»En este, lo comun parece debe ser, que exista mas de un quiste, y aun cuando solo halla uno, como el líquido atraviesa dos cabidades, estas se desnivelan en sus paredes; la falta de paralelismo tuerce el trocar, se suele derramar algun líquido en el peritoneo, y cuando nó, la dificultad de hacer por igual las presiones dá por resultado que el líquido huya y no se estraiga por completo. Así se recomienda el uso de un trocar de mayor diámetro para la para-

sentesis del ovario, que para la de la simple ascitis.

»Pero como no dejaba de ser probable que las punciones anteriores hubiesen adherido el quiste presunto al peritoneo, por el punto de las perforaciones, y como por otra parte el trocar empleado era grueso, reduje el signo á un valor escaso, apreciando tambien la circunstancia, de que despues de vacío el vientre, no sentía latir tan inmediatamente la aorta abdominal, como se siente cuando aplicamos la mano sobre ella, sin mas intermision que la de una pared ventral adelgazada y floja, como la de todas las hidrópicas. En virtud de todo esto reduje el signo al valor de 6 á 4.

2.º—Haber antecedido al padecimiento síntomas gástricos; inapetencia prolongada, pírosis, dolores en el epigástrio, é hipocóndrio derecho, vómitos ácidos unas veces y otras amargos.

»En efecto, esta parte de la historia, manifestaba que el orígen del mal correspondía al aparato digestivo. Antes que nada, se presentaron ellos, y se presentaron con mucha antelacion á el derrame; es mas, subsistieron á este, y si bien es cierto, que despues de las punciones mejoraba algo la dijestion y el apetito, no es menos cierto, que continuaban mal estas funciones, y seguia sintiendo la paciente algun dolor en la region hepática.

»Creí por estas razones deber apreciar el signo como 10 á 1, dejando este uno á la posibilidad de que fuese un padecimiento simpático de la enfermedad ovárica.

»3.º—Haberse desarreglado la mestruacion en último término.

»Verdaderamente parece racional creer, que siendo el mal ovárico, deberian haberse presentado las alteraciones mestruales, desde el principio; y aunque el otro ovario, podia suplir la funcion, ello es lo cierto, que habia demasiada regularidad en los períodos mestruales, y que duró esta normalidad por mas tiempo de lo que naturalmente debiera acontecer; dí por tanto al signo en contra de la opinion de la ovaritis, el valor de 8 á 2.

»Suma de probabilidades á favor de la hidropesía enquistada del ovario:

1.ª— 9
2.ª— 9
3.ª— 9
4.ª— 9

36

»Suma de las probabilidades á favor de la ascitis:

1.ª— 2
2.ª— 9
3.ª— 6

17

»Como se vé, aun apreciando del modo mas desfavorablemente posible, los datos que inducian á la creencia de la hidropesía enquistada, resultaba siempre un doble fundamento para creer en ella, que en la ascitis.

»De todos modos, confieso, que me hizo titubear mucho, y me dió muy malos ratos esta cuestion, porque á la verdad, nada hay mas imperfecto ni mas falaz, que el cálculo de las probabilidades, y aunque

examinando el problema racionalmente, me daba un resultado mas beneficioso aun que el numerado, la verdad era en último término, que no podia llegar, mas que á esa certeza incompleta que cabe en los problemas complexos, de las ciencias biológicas.

»Esto por una parte; por otra, no cabía aquí el recurso, que en los problemas puramente médicos. Aquello de: *natura morborum curationes ostendit*, era aquí una cosa que lejos de favorecerme, me amenazaba, y me infundía miedo de muerte. En efecto, si dudo en que un padecimiento sea flogístico ó no, una evacuacion esploradora, me puede confirmar ó separar de la idea preconcebida, sin grave riesgo para el paciente, ni gran remordimiento para mí. Pero tallar á un enfermo, que no tenga piedra, ó abrir el vientre en busca de un padecimiento que no exista, es una cosa, que sería una verdadera botaratada, si no fuese otra cosa mucho peor.

»Este caso necesitaba alguna solucion. Era preciso darle alguna salida. Dejar la enferma era inhumano. Hacerla ver por mas Profesores, involucrarnos. Sí, porque estos problemas de grave y difícil resolucion no se pueden resolver en una ni en muchas consultas. El médico que vé una enferma por una sola vez, no puede apreciar bien las circunstancias, y cuando resulta peligro en la determinacion, todos nos inclinamos á no sancionar una conducta activa, y mirándolo desapasionadamente, esto es lo justo. Pero este mismo resultado, hijo de la prudencia, como negativo que es, impide la realizacion de los grandes hechos médicos, y principalmente quirúrgicos. Así que en tales casos, no hay

mas, sino que un solo Profesor, poniendo su mano en su pecho, su conciencia en Dios, y su buena voluntad en estudiar maduramente el caso, obre ó se abstenga, segun lo considere mas acertado.

»A poco de haberse practicado en Lóndres la primera ovariotomía, se me presentó una enferma, con una hidropesía enquistada del ovario izquierdo, cité á junta, propuse la operacion, y fué desechada prudentemente. El quiste reventó y tras el derrame súbito en el peritoneo, sobrevino súbitamente tambien la muerte.

»Si á la operacion de la ovariotomía, pudiese dársele el carácter de esploradora, quedaba salvada la dificultad en su mayor parte. Esto me dije, y partiendo de este principio, resolví la cuestion.

»En efecto, la ovariotomía, consta de vários tiempos, que sucesivamente ván siendo mas graves cada uno. Herir la piel, es menos grave, que herir las paredes abdominales, herir estas es menos grave que herir el peritoneo; herir el peritoneo, es menos grave, que meter la mano en la cavidad y andar con las entrañas; manosear las entrañas, es menos grave, que arrancar lo que les esté adherido anormalmente. Dada esta gradacion, con modificar los primeros tiempos, para que aun en el caso que me llevase chasco en el diagnóstico, no hubiese inferido una lesion mortal, ni peligrosa, estaba todo remediado.

»En su consecuencia, decidí proceder de la siguiente manera:

»La enferma estaba en cama; un ayudante comenzó á cloroformizarla. Despues de mucho tiempo, vino á media anestesia, y no pudiendo hacerla

pasar de allí; como estaba, en decúbito dorsal, le doblé y separé los muslos, cubriéndola con una sábana, de púbis abajo, y con otra del ombligo arriba. Hice una incision en la línea alba dos pulgadas por bajo de la cicatriz umbilical, que descendió seis centímetros escasos. No incindí mas que la piel, y el tegido celular. En su comisura superior, incindí en un centímetro los aponeurosis de la línea alba, cuidando de no interesar el peritoneo. Perforé este con un trocar ancho, y vacié todo lo posible el líquido del vientre. Saqué el trocar, y por su abertura introduje una sonda larga de boton y acanalada, dí con ella vueltas y rodeos suaves dentro de la cavidad, y no tropezó con asas de intestinos.

»Entónces, por la ranura dilaté hácia abajo como medio centímetro, y observé los bordes de la incision. Ví, que no estaban formados por una sola membrana, sino por tres, y ya era evidente, que la hidropesía era enquistada, porque de no serlo, solo estuviera el borde de aquella herida, formado por una sola membrana, la peritoneal. Si me hubiese llevado chasco, toda la lesion hecha por mí se reducía á una herida incisa de la piel de seis centímetros de estension; á la herida de los aponeurosis, en un centímetro, y á la herida del peritoneo, en medio; todo lo cual, ejecutado sin violencia, y limpiamente, no podia constituir una lesion demasiado grave.

»Dilaté algo mas el peritoneo y la línea alba, y cogiendo el quiste por el ojal de su abertura, tiré de él, sacándole hácia fuera como una especie de hocico. Afortunadamente no estaba adherido por di-

cho punto al peritoneo, por lo que fué posible hacer esto, con lo cual se consiguió vaciarlo totalmente fuera del vientre, y sin peligro de que se vertiera nada dentro de la cabidad abdominal.

»Hecho esto, acabé de dilatar el peritoneo y línea alba en la estension de la herida de la piel, valiéndome de la misma sonda acanalada, y por consiguiente de dentro á fuera y de arriba á abajo.

»Cojí un pellizco al quiste sobre su abertura, para que al comprimirlo por su fondo, no vertiese ningun resíduo de su humor dentro del vientre, é introduje la mano entre él y el peritoneo parietal. Encontré algunas adherencias en el punto correspondiente á las punciones, y las pude deshacer con el borde cubital derecho. Seguí recorriendo la cara esterna del tumor, y tirando de él con la mano izquierda; la enferma comenzó á gritar como si le arrancáran las entrañas, y notando que oponia mucha resistencia el tumor para salir, confié á un ayudante la parte de él que estaba fuera de la hernia, é introduje la mano izquierda para recorrer mejor la superficie esterior del quiste, por su cara posterior y parte derecha. En efecto, por estos puntos y hácia el fondo, estaba fuertemente adherido; pero las adherencias eran algo largas y fibrosas, por lo que peinándolas entre mis espacios digitales, atraje el quiste, y las que no se rompieron, las corté dentro del vientre, llevando un bisturí con la mano derecha, y cortándolas sobre los dedos de mi izquierda, que daban una segura proteccion á las partes de donde arrancaban las bridas de adherencia.

»Con esto vino casi todo el quiste á fuera, aca-

bándolo de despegar hácia su fondo y lado izquierdo, donde estaba aquel otro tumor á modo de bazo, de que se hizo mencion anteriormente.

»Estraido el quiste por completo, volcó sobre la sábana que cubría los muslos de la enferma, y quedó pendiente del pedículo que se continuaba con el útero.

»El pedículo era muy grueso; tenia mas de una pulgada de diámetro; lo componía el arranque del ovario izquierdo, que era el que padecia, la trompa y los vasos. Estos estaban tan desarrollados, que se sentía latir la arteria casi como una radial, la acompañaba un paquete de venas gruesas, envuelto en la poritoneal refleja sobre el útero. El grueso de este pedículo hacía, que no cabiendo en el ángulo uterino correspondiente, abarcára parte de su borde superior y lateral. La trompa izquierda, estaba notablemente hipertrofiada, y tenia una longitud verdaderamente admirable, pues no bajaría de catorce centímetros, estendiéndose y abrazando mucha parte de la circunferencia interior del quiste.

»Lo grueso y corto del pedículo, su estremada vascularizacion, me hicieron pensar un momento, y decidí, no separar la trompa, porque para ello era necesario disecarla, dejando aquel largo guindajo dentro del vientre, sin uso para nada; y hacer una ligadura de seguridad en el pedículo en masa, por no creer prudente confiarlo solo á la accion de la pinza.

»Con un cordonete grueso, de seda blanca encerada, ligué el pedículo estrangulándolo, y dejé sus largos cabos fuera de la herida; sobre esta ligadura

de seguridad, mordí el arranque del tumor con una pinza de hemorroides, cortándolo por cima. La escasa longitud del pedículo, hizo que quedase violentado el útero y tirante, de modo que este tiraba de la pinza atrayéndola hácia el vientre. Esta circunstancia, me hizo preferir ponerla hácia la mitad de la herida, porque estando aquí las paredes abdominales mas flojas, permitian hundirse mas con la pinza disminuyendo la traccion del útero.

»Dí un punto de sutura por la parte de la herida superior á la pinza, y otro en la parte inferior, y estos bastaron, porque como queda referido, la incision no pasó de seis centímetros. La sutura fué, dos puntos sueltos, hechos con una aguja comun de sutura, y cordonete de seda encerada.

»La enferma perdería en toda la operacion, tres onzas escasas de sangre, y no hubo necesidad de ligar ninguna arteria.

»Se le pusieron unas planchuelas de hilas mojadas en sangre y agua fria; una torta, dos compresas entre las carnes y la pinza, otras dos grandes para cubrir el vientre, y un vendaje de cuerpo muy sencillo. Se trasladó la paciente á otra cama limpia, y quejándose de tirantéz y dolor en la ingle izquierda, me pidió acostarse de lado, lo cual le concedí, aconsejándole que doblára los muslos y las piernas, con lo cual, disminuyó algo la tirantéz y el dolor.

El pulso estaba regular; la respiracion franca; y de estado moral, entre espantada, dolorida y satisfecha.

Diario de observaciones.

Abril 16. Tres de la tarde. operacion.

Once de la noche: vómito bilioso; flatulencia. Menos tirantéz en la íngle; dolores ligeros en todo el vientre; pulso frecuente y pequeño; calor regular; retencion de orina.

17. Diez de la mañana: sigue el pulso en el mismo estado; orina abundante y de buen aspecto; vómitos de los líquidos injeridos mezclados con bílis; mas dolor en el vientre. Prescripcion: agua azucarada; sustancia de pan.

Tres de la tarde: continúa el mismo estado. Cucharadas de caldos.

Once de la noche: dolor fuerte en todo el abdómen; auméntase mucho á la presion; vómitos biliosos mas frecuentes; timpanitis; disminucion de orina; subsiste el pulso como ántes y la calorificacion. Dos granos de calomelano y una sesta parte de grano de ópio.

18. Nueve de la mañana: durante la noche ha espulsado contínuamente gran cantidad de gases; ha disminuido la timpanitis; el dolor á la presion es soportable; orina abundante y de color naranjado; pulso algo mejor; piel templada y madorosa. Una píldora de calomelano y ópio á las doce del dia; cucharada de caldo cada hora; agua azucarada.

Tres de la tarde: continúa en buen estado; fisonomía alegre.

Diez de la noche: ha seguido la espulsion de gases; vientre flojo; calor normal.

19. Nueve de la mañana: ha dormido bien; no

ocurre novedad. Dos cucharadas de caldo. Suspension de medicina.

20. Ocho de la mañana: ha hecho dos deposiciones biliosas abundantes; calma completa; no duele ningun punto del vientre, ni la herida. Repugna el caldo; yemas de huevos batidas.

21. Sigue bien; pulso lento y débil; apetito.

22. Continúa en buen estado; hambre. Sopas, caldo y huevos.

23. Levántase el apósito; no hay supuracion; las hilas mas inferiores, están manchadas de sangre seca; la pinza estrangula el pedículo, este aparece en putrefaccion sobre lo estrangulado; la herida está cicatrizada por primera intencion; solo se presenta cruenta en lo que cubre la pinza y ocupa el pedículo; deposicion de vientre figurada; se presenta la menstruacion. Sopas, y carne de aves.

24. Sin novedad: sigue el período.

25. Lo mismo: corto el punto alto.

26. Separo la pinza y corto el punto inferior.

27. Mas alimento: supura algo el pedículo.

28. Cesa la menstruacion.

29, 30, 1, 2 y 3 de Mayo. Sin novedad: levántase de la cama.

5. Se cae la ligadura de seguridad del pedículo.

7. Cicatriz perfecta: la operada sale á misa.

»Brevemente diré cuatro palabras.

»Es indudable que las heridas del peritoneo son muy graves, y que casi siempre determinan peritonitis traumáticas?

»¿Por qué se hiere el peritoneo en este caso y se despega de todo él una membrana, y se cortan bri-

das, y se arrancan, y se tira, y se pasa la mano por toda su superficie, y entra el aire y llena toda la cavidad, y no sucede nada?

»Por la ley del hábito.

»El peritoneo que contiene un gran quiste ovárico, se habitúa al traumatismo, á las presiones, á las tracciones; y este hábito, hace que pierda su *sensibilidad morbosa*; ó sea la disposicion á resentirse violentamente, á las provocaciones símiles.

»Débese tambien, á que en las enfermedades, cuya mayor gravedad procede de un mecanismo, se subordinan las reacciones al mecanismo, y así podemos con mas seguridad de buen éxito, hacer una gran operacion para extraer un cuerpo extraño, que hacer una operacion leve, que tenga otro objeto distinto.

»Por eso suelen dar peores resultados las ligeras operaciones llamadas de lujo, para remediar una fealdad, que las operaciones verdaderamente necesarias é importantes.

»Tambien se debe, á que se restituyen las partes á condiciones de mas normalidad, á pesar de la herida, que aquellas en que se encontraban anteriormente.

»Cinco meses hacía que la enferma no menstruaba, y vino la fluxion fisiológica, apesar de estar cortado un ovario y una trompa, al sétimo dia, de una grave operacion que mutiló los mismor órganos genitales.

»La modificacion del procedimiento operatorio, no merece que nos paremos en ella; es preciso que la cirujía sea menos servil que hasta aquí, y que cese tambien esa gómia ridícula de buscar la inmortalidad

por medio de tonterías. Operacion tal. Procedimiento de Mr. F.; procedimiento de Mr. N., &c., &c., &c., y toda la variedad de los procedimientos suele constituir, en poner el bisturí filo abajo ó filo arriba, en cortar de derecha á izquierda ó de izquierda á derecha, ó en otra cosa tan esencial é importante como estas. Convengamos en que tal incontinencia de originaildad, dá al arte cierto sabor vano, que no deja de influir desventajosamente en la práctica.»

24. OBSERVACION.

Quiste bilobular del ovario derecho. Ovariotomía. Curacion.

Cármen Martinez, viuda; treinta y un años. Seis años há notó un abultamiento en el vientre por la parte inferior derecha. Creciendo, llegó á sentir molestias en aquel punto. Supone la paciente que principió el mal poco despues de un aborto que tuvo de ocho meses. Han continuado las mestruaciones y sigue en la actualidad bien reglada. No ha tenido hijos, y sufrió otro aborto del mismo tiempo, antes del referido.

Estado de la enferma al encargarme de su asistencia.

Demacracion y palidéz del rostro. Arcos y depresesiones intercostales muy visibles. Vientre mas abultado que en los embarazos de término, y muy caido sobre el púbis. Circunferencia por los hipocondrios, 80 centímetros.

A nivel del ombligo 1 metro 23 centímetros.

Longitud desde el apéndice sifoides al púbis, 68 centímetros.

Línea lombar de una á otra espina iliaca, 46 centímetros.

Línea abdominal de una á otra espina iliaca, 75 centímetros.

Líneas de las apofisis espinosas lombares al ombligo, 6 centímetros más la derecha que la izquierda.

Tactacion y reconocimiento interino con el espéculunm: Normal. Vajina por la parte anterior, cede con blandura. La enferma no ha sufrido parasentesis. Hace dos años que no puede trabajar en su oficio y está constituida en la miseria. Lleva tres meses de dormir sentada en una silla, por no poder hacerlo en otra posicion. Digestiones perturbadas. Dolor tensivo abdominal. Pulso pequeño. Cansancio.

Ópérase el 21 de Marzo del año actual. Cloroformízase tranquila y completamente. Colocada en decúbito dorsal sobre una cama y las piernas en flexion, incindí la piel y fáscia desde tres pulgadas por bajo del ombligo hasta dos por cima del púbis. El vientre muy dilatado en esta region daba lugar á que la herida resultase bastante ámplia. Otra incision igual en el fondo de la primera dividió la línea alba. Incindí el peritoneo por la comisura superior en la estension de dos centímetros y reconocí la pared del quiste. Punzado con el trocar grueso de erina, se vació un líquido gomoso y verdoso en cantidad como de dos terceras partes del contenido en el gran saco. Dilatado el peritoneo en toda la estension de la herida fué preso el quiste con una pinza dentada, y tirando de ella se vino el saco suave y gradualmente á fuera, por carecer de adherencias, quedan-

do retenido por un pedículo grueso y regularmente largo, al ángulo derecho del útero. Mordido aquel por una pinza extranguladora, se cortó por encima, pero dando sangre bastante los vasos divididos á pesar de la presion de la pinza, se procedió á ligarlos parcialmente con hilos metálicos y de seda. Ligado un vasillo peritonal se limpió la pelvis con esponja, y no dejando aun de dar alguna pequeña cantidad de sangre el pedículo, fué cauterizado.

Dejando un intérvalo de reposo para observar si volvia á ensuciarse la cabidad peritoneal con nueva sangre, y visto que nada ocurria, se cerró la herida con algunos puntos sueltos, comprendiendo todo el espesor de las paredes abdominales, el peritoneo inclusive. La sutura se practicó con hilo de hierro. Cubierta la herida con planchuelas de hilas secas, fué la enferma fajada y colocada en su lecho.

Cuatro y media de la tarde.—Ha vomitado. Pulso algo mas desenvuelto que antes de la operacion. Vino aguado. Pocion opiada.

Ocho de la noche.—Continúan los vómitos. Iscuria. Sondo y salen dos cuartillos de orina.

Dia 2.º—Continúan los vómitos todo el dia. Poca fiebre. Saco la orina por mañana y noche. Borborismos, arroja gases por eruptos. Meteorismo en el epigástrio sobre la faja. Ópio y madre perla.

Dia 3.º—Por la mañana.—Siguen los vómitos. Fisonomía tranquila. Algun dolor en el vientre. Subsiste sin haber aumentado el meteorismo.

Cuatro de la tarde.—Cesan los vómitos.

Once de la noche.—Aumento poco intenso de la fiebre. Estraigo orina en la primera y última visita.

Dia 4.º—Ha dormido casi toda la noche tranquilamente. Pulso en estado normal. Epigástrio bajo. Suspension del ópio y madre perla. Caldo y vino aguado. Extraigo la orina.

Por la noche.—Dolor en el vientre; borborismos seguidos de eruptos; vomita una vez.

Levanto el apósito. Herida en perfecto estado. Supura un poco, pus loable, por entre la comisura superior y el primer punto. Quito la pinza estranguladora. Extraigo orina.

Dia 5.º—Buena noche. Pulso mayor, sin fiebre.

Dia 6.º—Sin novedad. Se queja de dolor en la íngle izquierda.

Dia 7.º—Continúa sin novedad; orina naturalmente.

Dia 8.º—Sigue bien. Corto los puntos; extraigo las ligaduras. Alimentacion sólida.

Dia 9.º—Ha pasado mala noche por haber tenido tenezmo vexical.

Dia 10.—La enferma se refrió durante la cura de ayer. Le hizo mal la comida, la vomitó y ha tenido diarrea. Fiebre. La herida sigue perfectamente y casi cicatrizada. Sudoríficos.

Dia 11.º—Amanece sin fiebre; ha pasado la noche en un sueño; ha traspirado. Hay coriza y tos.

Dia 12.º—Continúa el coriza, aumenta la tos, sigue sin fiebre. Sopas.

Dia 13.º—En igual estado. Alimentacion restaurante.

Dia 14.º—Solo queda alguna tos. Cicatriz confirmada.

Dia 15.º al 16.º—La dejo en cama por precaucion.

Dia 17.º—Se levanta de la cama. Acusa una incomodidad en la base de los pulmones; dice que siente como si se le descolgase algo del interior del pecho. Esta sensacion molesta, contínua, pero degradando sucesivamente, depende de la falta de tension del diafragma y de las paredes abdominales.



INDUCCIONES Y DEDUCCIONES BASADAS
EN LOS 24 CASOS QUE ANTECEDEN.

Respecto á la etiología.

La causa ha sido desconocida en el mayor número de estas observaciones. La del número 7, la supone en los pesares sufridos por la muerte de su esposo.

La del núm. 11, está mejor averiguada, fué un traumatismo.

En otra de las enfermas, sospecho que la causa fuera quizás algun abuso solitario, ó escitaciones secsuales no satisfechas.

No obstante, si bien es cierto que nada se concluye á posteriori de las historias, no es menos cierto, que á priori se pueden establecer algunas causas probables, cuáles son: las conjestiones ováricas crónicas y agudas; el abuso de la masturbacion, las escitaciones eróticas fuertes, insatisfechas, y los traumatismos.

Respecto al diagnóstico.

El diagnóstico de los tumores y de los quistes ováricos, constituye una de las recientes conquistas de la patología moderna, y ofrece tanto interés como dificultad.

Para verificar las operaciones intelectuales que dan por resultado la resolucion de una incógnita, que es el diagnóstico, tenemos que reducir á signos los datos anamnésticos, los datos cronológicos y los síntomas propiamente dichos. En esa reduccion estriba generalmente el error ó el acierto. Además, el diagnóstico de dichas enfermedades, puede hacerse completo ó incompletamente, de modo que aun induciendo con exactitud la idea principal, erremos ó desconozcamos las ideas secundarias.

De las veinte y cuatro observaciones trascritas resultan exactos y completos veinte y un diagnóstico. Uno errado en totalidad, observacion núm. 18. Otro equivocado en su naturaleza, si bien de igual determinacion quirúrgica, observacion núm. 21, y otro imperfecto, y aunque exacto en parte, en parte incompleto, observacion núm. 19.

Signos obtenidos de la anamnesis. Generalmente las enfermas refieren que notaron un abultamiento mas ó menos estenso, y mas ó menos tiempo atrás, hácia el vientre bajo. Unas pueden determinar el lado hácia que existía, derecho, izquierdo ó centro; pero esta declaracion no la hacen siempre expontáneamente las enfermas, es preciso preguntarles sobre dicha particularidad, y hacer la pregunta con firmeza y cierto arte, para obtener una contestacion precisa.—1er. signo: orígen ó punto de partida del tumor hácia la pelvis.

Despues refieren que el abultamiento al crecer, asciende y forma tumor distinto de la totalidad del abdómen.—2.º signo: desarrollo ascendente.

El tumor crece con rapidez ó con mucha lentitud,

ó bien se estaciona.—3.er signo: cronología ó curso evolutivo del tumor.

Si el desarrollo es rápido, sobrevienen dolores tensivos, y se deduce de las dichas veinte y cuatro observaciones, que el desarrollo rápido es mas comun en las enfermas jóvenes, y lento en las que pasan de veinte y ocho años.

Tambien parece deducirse que el desarrollo es mas ó menos progresivo en relacion á la mayor ó menor perturbacion de las funciones mestruales.

Signos obtenidos por la reduccion de los síntomas que el médico puede observar:

Tópicos. { Tópicos externos.
Topicos internos.

Funcionales.

Tópicos externos. *Hábito exterior.* Está en relacion con la antigüedad del mal y su desarrollo, con su marcha aguda ó crónica. En unas es de hidropesía, en otras de embarazo, en otras de decaimiento físico y abatimiento moral; en otras de peritonitis. Cuando el tumor es muy grande se inclinan las enfermas hácia atrás, como las embarazadas de últimos meses. Cuando es pequeño, están en posicion ordinaria. Si hay peritonitis crónica ó aguda, no pueden estar de pié, y permanecen en cama.

Si la peritonitis se acompaña de adherencias del tumor á la pared abdominal, se inclinan ó encorban del lado de la adherencia. La enferma de la observacion núm. 11, andaba encojida, lentamente, con el pecho en flexion sobre el abdómen, y este sobre los

muslos, apoyándose en sus rodillas con las manos, como los que padecen caries vertebral.

Cuando el padecimiento data de mucho tiempo, ó está en el máximun de su desarrollo, hay edema en las estremidades inferiores, y demagracion pronunciada y hasta esquelética. Observaciones 1.ª, 4.ª, 6.ª, 9.ª, 14.ª, 15.ª, 16.ª, 17.ª, 19.ª, 20.ª, 21.ª, 23.ª y 24ª.

El volúmen, forma y actitud del vientre, varia mucho, en relacion con la magnitud, número, disposicion y curso de los tumores. Así pues, respecto al volúmen, hay casos en que no se percibe nada anormal á la simple vista, y es necesario recurrir á la tactacion, notándose entónces un cuerpo globuloso, oblongo ó irregular, contenido en el abdómen. Observacion 5.ª, 12.ª y 13.ª. Pero es mucho mas comun que el volúmen del vientre aparezca exagerado, y para tomar una escala de abultamientos, podrá establecerse así comparativamente: Falta de abultamiento exterior. Observaciones 5.ª, 12.ª y 13.ª.

Abultamiento como el de un embarazo de cinco meses, 4.ª, 7.ª, 9.ª y 21.ª.

Como de un embarazo de término, 1.ª, 6.ª, 10.ª, 15.ª, y 16.ª.

Abultamiento superior á todo embarazo, 14, 17, 19.ª, 20.ª, 22.ª, 23.ª y 24.ª.

De la forma del vientre se obtienen signos muy característicos y del mayor interés. Los quistes y tumores, siendo, como dejamos dicho, globulosos oblongos ó irregulares, y de superficie igual ó tuberosa, dan al vientre exteriormente una sombra de sus figuras, soliendo producir en aquel, salidas y jorobas, ó alteraciones en la continuidad de las líneas

del contorno. En algunos casos, el tumor se exterioriza por decirlo así, y esto sucede especialmente, cuando estando inadherente, se hallan además flojas las paredes abdominales. Observacion 2.ª El vientre está casi siempre dilatado con irregularidad, y es un signo del mayor interés, como distintivo de las ascitis y de los embarazos.

Los signos anteriormente expuestos crecen de valor por medio de las exploraciones verificadas por la medicion, por la tactacion, percusion y auxcultacion-*tópicos internos*.

De la medicion del abdomen ha resultado, que la region lombar y parte de los vacíos, están exentos de dilatacion; y que una línea que corre de las apófisis espinosas de las vértebras lombares, hasta por cima de las espinas iliacas anterosuperiores, no tiene mas longitud que la correspondiente al estado normal.

Comparando la mitad de la circunferencia del abdomen al nivel del ombligo, con la otra mitad, casi en todas las enfermas resulta la de un lado mas larga que la opuesta; observaciones 1.ª, 3.ª, 6.ª, 7.ª, 11.ª, 14.ª, 15.ª, 16.ª, 17.ª, 19.ª, 20.ª, 21.ª, 22.ª, 23.ª y 24.ª.

Este dato puede servir para diagnosticar el lado del ovario afecto, pero solo es un indicio, si no viene la relacion de la paciente á confirmar, que en efecto, comenzó á notar el tumor en su orígen, hácia el lado mismo aquel, en que la medida es mas estensa. La enferma de la observacion 22.ª media en la línea izquierda cuatro centímetros mas que la derecha, y sin embargo, diagnostiqué ser el otro ovario el afectado, en virtud de los antecedentes; por que si bien suele coincidir el mayor desarrollo de un lado con

la alteracion de su ovario, no es menos cierto, que puede volcarse el tumor hácia el lado opuesto, dilatando allí mas las líneas; y tambien, como sucedia en la enferma referida, cuando los tumores son multilobulares, se desarrollan mas unos que otros, dando una resultante de dilatacion, que suele corresponder al lado del ovario sano.

La circunferencia de los hipocóndrios ha sido en todas las observadas, menor de lo que correspondía á la gran estension de las líneas inferiores del vientre. Tambien me ha servido este dato de mucha utilidad, para distinguir la hidropesía ovárica de las otras. Cuando llega el abdomen á su máxima dilatacion, en las ováricas, no se dilatan las costillas falsas y el círculo inferior del pecho se modifica poco; mientras que en las otras hidropesias se afecta considerablemente.

En los quistes ováricos propiamente dichos, con líquidos contenidos, la fluctuacion ha resultado mas ó menos perceptible, en relacion á la cantidad del líquido, al grosor de las paredes del quiste y al estado de las del abdómen. Generalmente, no es tan estensa la onda producida por el choque, como en las ascitis, y es muy frecuente, que la fluctuacion sea desigual en los distintos puntos percutidos, sobre todo si los quistes han sido múltiples, ó si los acompañaban tumores fibrosos ó quistosarcomas. Observaciones 1.ª, 4.ª, 14.ª, 15.ª, 16.ª, 17.ª, 19.ª, 20.ª. En el caso de la observacion núm. 21, no se manifestaba fluctuacion alguna, pero dependía de las condiciones de espesor y solidéz de su tejido.

La percusion resulta mate, y cuando daba algu-

na resonancia, era debido á la interposicion de algun asa intestinal.

Con el tacto y la percusion, he podido marcar en la mayoría de casos, los límites de la produccion morbosa. Por iguales medios se comprueba la existencia de tumores sólidos, cuando están mezclados con los quistes, pero esto último, no he podido averiguarlo generalmente, hasta que evacuando algo los quistes por la paracentesis, ha quedado el abdómen suficientemente flojo, para hacer la tactacion de las partes profundas.

Si bien es cierto que la auscultacion no dice nada en la mayoría de los casos, es una exploracion de la cual no debemos prescindir. La compresion ejercida por los tumores sobre la arteria aorta, produce ruidos anormales, que conviene acostumbrarnos á distinguir. Aunque el vientre es mas regularmente forme en los embarazos, y el curso de estos, muy distinto del de los tumores de que nos ocupamos, importa para asegurarse en el diagnóstico diferencial, recurrir á la auscultacion. Recientemente y en un mismo dia, han venido á consultarme como enfermas, dos jóvenes, clandestinamente embarazadas; y en el caso de la observacion 18.ª, podia haber ayudado á su diagnóstico exacto, la auscultacion detenida de aquel tumor especial y verdaderamente insólito.

La exploracion de la vajina y del útero es de la mayor importancia. En la enferma de la observacion 10, formaba hernia el quiste por la vajina, hasta el punto de haberlo vaciado en virtud de una puncion practicada en la pared anterior de dicho conducto.

He hallado el útero en estado normal, y en correspondencia con las circunstancias secsuales de la enferma, y aunque confusamente, me ha parecido mas pesado y menos móvil que en los casos ordinarios.

El reconocimiento uterino debe hacerse con la mayor escrupulosidad, y es de sentir, que en las doncellas solo pueda verificarse la tactacion. Tengo el escrúpulo de haber reconocido con ligereza el útero á las enfermas de las observaciones 18 y 19. Se presentó al especulum un secmento del cuello, y notándolo de color y consistencia al parecer normal, supuse que su aumento de volúmen, dependía de los partos ó de cierto grado de hipertrofia simple.

Tambien debe practicarse el baloteo.

Si apesar de todo, nos encontráramos en el caso de no tener completa certidumbre en el diagnóstico, deberemos recurrir á la paracentesis, ya para hacer mejor la exploracion interna, ya para examinar el líquido contenido. Este, segun resulta de las observaciones expuestas, es muy vário en densidad, color y naturaleza, comunmente siruposo, algunas veces claro como el agua, otras achocolatado, lactescente y puriforme. En los líquidos que he examinado al microscopio, he encontrado abundantes cristales de colesterina, y en los achocolatados, hematites en diversos grados de alteracion. Se consideran los cristales de colesterina como característicos de los quistes ováricos; por mi parte no puedo asegurar todavía, que todo quiste ovárico contenga los referidos cristales; habiéndolos encontrado tambien en la

serosidad de un hidroma del cuello y otro de la mandíbula superior.

Las alteraciones generales, segun se desprende de las historias que sirven de fundamento á estos apuntes, se comportan de muy diversas maneras, pero tal variedad, está relacionada con especiales condiciones, que dan razon de la diferencia. En las mujeres jóvenes, ocurren las alteraciones funcionales desde el principio, y en algunas, antes que se pueda percibir la existencia del tumor. Observaciones 5.ª y 23.ª Hay dolores hácia el bajo vientre, íngles y caderas, y el aparato sintomático, es semejante al que desenvuelven las congestiones ováricas y uterinas. Alguna vez los síntomas son reflejos en las funciones gastro-hepáticas. Hay fiebre, que en unas comienza con intensidad, y en otras es mas bien una febrícula con remisiones y exacerbaciones.

En algunas suelen suspenderse las reglas, agravándose los síntomas en el período en que corresponderia su aparicion. En este caso, la marcha del mal es rápida, y los sufrimientos bastantemente agudos. Observaciones 1.ª, 4.ª, 5.ª, 10.ª, 11.ª y 14.ª Suele entonces haber vómitos frecuentes, inapetencia, mal gusto de boca, estreñimiento ó diarrea, á lo cual se agrega tirantéz y dolor en el abdómen exacerbable á las presiones.

En las enfermas de mas edad, ó en las que los tumores siguen una marcha crónica, suele no aparecer resentimiento alguno general en el principio, sobreviniendo las perturbaciones generales mas adelante, cuando el tumor ya comprime las vísceras abdominales, los pulmones y los grandes vasos.

A veces se declaran en el curso del mal peritonitis; observaciones 4.ª, 7.ª, 9,ª, 11.ª y 16.ª, y enteritis reveldes, observaciones 16.ª y 21, mezclándose los síntomas y perturbaciones generales de estos padecimientos, con los de los tumores. Finalmente; ó el tumor se rompe interiormente, observaciones 1.ª, 2.ª y 3.ª, ó supura al esterior, adhiriéndose á las paredes abdominales, observaciones 4.ª, 5.ª, 6.ª, 7.ª y 8.ª, ó por la comprension exagerada que su gran volúmen efectúa, irregulariza la circulacion, respiracion y digestion, emaciando á las pacientes, y trayéndolas á un estado consuntivo, que antecede á la muerte.

Repecto al prognóstico.

Los tumores y quistes ováricos constituyen siempre y en todas ocasiones una enfermedad mortal, á no ser que intervenga el arte.

Quizás parezca estraño que afirmemos tal proposicion, cuando presento de veinte y tres casos, siete terminados por la curacion, y dos en estado estacionario. Pero la estrañeza deberá cesar, cuando reflexionemos que dichas enfermas salvadas, lo han sido en virtud de los recursos médicos y quirúrgicos empleados, y que sin ellos, el padecimiento hubiera terminado por la muerte.

La enferma que hoy existe con su tumor estacionado, observacion 12.ª, no puede ser parte para concluir una curacion natural, y es lo mas probable, que llegado un momento, eche á andar su desarrollo y concluya de una manera infausta. (1) La de la ob-

---

(1) En el intermedio de escribir á imprimir estos apuntes, la susodi-

servacion 13.ª se encuentra en un estado sumamente valetudinario, y si bien goza de períodos algo mas tranquilos, siempre van sus fuerzas en descenso, y el mal camina en direccion fatal. Cuando se trata de enfermedades mas ó menos arbitrariamente clasificadas de quirúrgicas, suele despertarse en la generalidad, hasta de los científicos, la anteocupacion ilógica, de que toda vez que se curen, sin operacion por arte de cirujano, es un caso ocurrido de curacion expontánea, debida á los esfuerzos puros de la naturaleza, y nada resulta mas erróneo del exámen de mis susodichas observaciones.

Analicemos los datos á este respecto:

CURADAS.	MUERTAS.	ESTACIONADAS.
7	15	2

CURADAS.	Por ovariotomía. . . .	2
	Por cauterizacion. . . .	1
	Por paracentesis y peritonitis adhesiva. .	1
	Por ulceracion y supuracion al exterior. .	2
	Por rotura expontánea interior.	1

Nada diremos de las curadas por ovariotomía y cauterizacion, por que nadie pondrá en duda, que son curaciones obtenidas por el arte.

Respecto á la curada por rotura interna, si bien es cierto que la naturaleza dió ocasion á el acciden-

---

cha ha vuelto á ser vista por mí. En el mismo dia de ayer (15 de Mayo) ha venido desde Lora, para consultarme, sumamente alarmada; dice que de quince dias á esta parte, le está molestando el tumor, y no le permite acostarse mas que de su lado, y que desde ese tiempo le va creciendo. En efecto, ha adquirido mas volúmen.

te, en virtud de la misma violenta distension del quiste, ese suceso en sí, no fué nada venturoso, si no mas propiamente, una verdadera catástrofe, que el arte pudo reparar, despues de mil angustias y de los mayores peligros. Soy mantenedor de la verdad, de que hay tendencias conservadoras en la naturaleza, pero en este caso, sin desconocerlas ni negarlas, sostengo que solo al tratamiento médico, empleado con energía y constancia, fué debida la salvacion de la paciente.

¿Cómo hubiera vuelto de los síncopes sin los medios usados; como no hubiese sucumbido por las convulsiones y la vehemencia del dolor, sin los antiespasmódicos y narcóticos? ¿Qué otro fin habria tenido que la muerte, sin los recursos opuestos á la gran peritonitis? Este, pues, no es un caso de curacion expontánea; es un caso de rotura natural, curada de sus consecuencias á muy duras penas, por los recursos del arte.

De semejante manera se debe apreciar el resultado satisfactorio obtenido en las enfermas de las observaciones 7.ª 8.ª y 11.ª

En la última, la paracentesis obrando sobre un quiste de paredes inflamadas y adheridas al abdomen, determinó la salida del líquido, permitiendo el contacto parietal del quiste, y la oclusion de él. Aquí el arte determina una accion, y la naturaleza corresponde al fin conveniente.

En las enfermas 7.ª y 8.ª, la inflamacion, la gangrena y la supuracion, pertenecen á la naturaleza, pero la arribada al término felíz, corresponde al arte. ¿Qué hubiera acontecido á estas pacientes, sin

el auxilio de la inteligencia científica, que mantenía la inflamacion á cierta raya, que ordenaba los desórdenes, que levantaba las escaras, que sostenia las fuerzas, que combatia la reabsorcion con los quinados, que separaba el pus de las heridas y &c.? Poned las enfermas que querais en tales condiciones, dejarlas de curar artísticamente, y contad las que salve la naturaleza por sí sola.

Preciso es convenir, en que tenemos una idea, á la que dándole carácter fundamental, permanece en nuestra mente sin embargo, oscura, indefinida y hasta errada, y esa, es la idea de la naturaleza. La naturaleza, no es indefinible: Naturaleza es, la síntesis de la sustancia, de la forma, y del fenómeno; resulta de aquí que la naturaleza es vária, segun sea aquello que examinemos y á que la idea se refiera. Por eso descubrimos en el hombre dos naturalezas, una como la tiene el árbol, la tierra, &c., ciega é inconsciente, que verifica actos y funciones por una impulsion fatal, y otra superior, que es la de su racionalidad, la cual incluye, abarca, y hasta cierto punto, conduce á la primera. Esta naturaleza racional, es la que origina el arte, y por tanto el arte viene á resultar la naturaleza misma, perfeccionada é inteligenciada. ¡Pobre humanidad si no pudiera alcanzar mayores fines que los que hay realmente en la naturaleza bruta! Adios en ese caso ideal, adios moral, adios ciencia y adios arte.

En la práctica, el médico, aun considerando la naturaleza de ese modo oscuro y misterioso con que la generalidad la entiende, representa el papel de un Lazarillo, débil si se quiere, pero de vista perspicaz,

conduciendo á un ciego robusto y muy forzudo; y en los tumores ováricos, segun resulta del análisis, el ciego empuja hácia adelante, sea por buen ó mal camino, y el Lazarillo es el que aparta los obstáculos, salva los escollos, y evita los precipicios.

Los tumores ováricos son mortales.

El arte puede curarlos médica y quirúrgicamente. Ahora bien, dada la curabilidad, á beneficio del arte, de los tumores y quistes del ovario, conviene discernir, si en todos los casos y circunstancias podemos pronosticar de igual manera, ó si el prognóstico se diversifica. Indudablemente, y es un asunto el apuntado, que merece la mayor atencion, por las consecuencias que determina, en lo respectivo al tratamiento.

Los tumores son de mayor ó menor curabilidad con relacion á su extructura, número, magnitud, período evolutivo y adherencias. Esto es en lo que conscierne á ellos, y nada digo del estado general de las pacientes, antecedentes, temperamento, nutricion, &c., por que son las generales de la ley, y por sabido puede omitirse aquí.

Los tumores sólidos del ovario, ya sean fibrosos, quistosarcomatosos, escirriformes, gelatinosos, &c., ofrecen mas dificultades para su curacion, que los simples quistes. Cuando además existen en gran número, aumentan las dificultades, sobre todo, si la magnitud de la suma, ó alguno de ellos en particular, es extraordinaria. Solamente el peso y compresion ejercida por dichos tumores, ocasiona enteritis graves, diarreas ó estreñimientos, difíciles de corregir. En los quistes propiamente dichos, sigue la gra-

vedad del pronóstico, la misma proporcion al número y magnitud, así como al período evolutivo; siendo muy de temer la rotura interna, cuando la percusion y el tacto son dolorosos y dan señales de una distension suma de la bolsa.

Las peritonitis parciales segun su mayor ó menor agudeza, hacen temer mas ó menos, una terminacion infausta. Siendo el quiste único y no muy grande, pueden concebirse halagüeñas esperanzas de su adherencia al peritoneo y de la supuracion de la pared abdominal. Pero si el tumor es sólido ó multilobular, ó extraordinariamente grande, ese accidente, es de los peores que pueden ocurrir. Los resultados obtenidos en las enfermas núms. 7.°, 8.° y 9.°, curadas las primeras por adherencia y supuracion, y la última por cauterizacion, se deben á estar esentas de dichas circunstancias. La enferma de la observacion 6.ª que falleció despues de abierto y supurado un quiste al esterior, no podia concluir favorablemente por ser multilobulares.

Inducciones y deducciones respecto al tratamiento.

Segun resulta de las veinte y cuatro historias que sirven de base á estos apuntes, nuestra conducta se ha atemperado, á las condiciones en que se encontraban las pacientes, y partiendo de aquí, el problema que me he propuesto resolver en cada un caso, fué: Dada *esta* enferma, qué medios pongo en práctica para salvarla?

En las enfermas núms. 1.°, 14.° y 16.°, propuse la operacion de la ovariotomía, que no se practicó por oposicion de las dos últimas interesadas, y de parte

de los comprofesores en la primera. Las tres fallecieron á consecuencia de la enfermedad, y no creo exajerado suponer, que alguna de ellas hubiese salvado por la operacion. Al proponerla, lo hacía, porque no era posible emplear ningun otro recurso curador; en las tres se habia practicado la paracentesis, y los quistes eran multilobulares, y en dos de ellas habia además evidentemente, grandes tumores sólidos. La cauterizacion hubiese, pues, constituido un proceder absurdo, y es de estrañar, que existan espíritus tan obcecados, que la propongan como procedimiento general. Hay quien sostiene, que abierto un quiste por cauterizacion y una vez adherido al abdómen, por su abertura se pueden romper ó vaciar los demás quistes, y á esta afirmacion no tengo que responder otra cosa, sino que hecha á priori, solo puede sostenerla, el que no halla visto con detenimiento, la disposicion anatómica, en que *generalmente* se encuentran los quistes multilobulares. Pero como dicha opinion, por absurda que sea, tiene sus mantenedores, y es muy aceptada, por los que se irritan, contra lo que en el curso de los adelantos, se pone fuera del alcance de sus manos, insistiré alguna cosa sobre el particular.

Hemos afirmado que la cauterizacion no puede admitirse como procedimiento *general*, porque lejos de producir resultado, seria evidentemente inútil en los tumores sólidos. Esta proposicion, creo que no necesita pruebas.

Afirmamos con igual fundamento, que tampoco es aplicable á los tumores mistos de quistes y fibromas, quistosarcomas, &c.

Afirmamos tambien, que no es un proceder racional, en los tumores multilobulares, porque ese pretendido recurso, de romper unos quistes por otros, é introducirles flechas cáusticas, por grande que sea la cauterizacion abdominal, es un procedimiento ciego, incierto, indeterminado, difícil, inartístico, y mas que ninguno otro peligroso. Por un quiste puede punzarse otro que esté inmediato, pero no es posible pasar de cierto límite en las direcciones. Cuando los tumores son multilobulares, los hay en diversos períodos de desarrollo, desde la magnitud de un grano de maiz, hasta la de grandes bolsas. El cauterio no se puede llevar tampoco mas allá de límites circunscritos, y en un tumor multilobular, una vez caida la escara abdominal y del quiste contiguo, todo el proceder se reduciría á introducir un bisturí largo despues de vaciado dicho quiste, y andar pegando estocadas de ciego, por donde Dios diera á entender.

Tampoco es procedente la cauterizacion, en los tumores, que aun pareciendo uniloculares, hallan adquirido un volúmen superior á el útero de cinco meses de embarazo; primero, porque á tal estension, es imposible asegurar que no existan otros quistes ocultos y oscurecidos por el aparente: Observaciones 23.ª y 24.ª; segundo, porque cuando los quistes adquieren tales dimensiones, son casi constantes las adherencias, no solo al peritoneo anterior, sino á las demás partes circunyacentes, y estas, impidiendo la retraccion del saco, hacen muy difícil la oclusion de él por la adosion de su cara interna.

Queda, pues, la cauterizacion reducida, como procedimiento racional, á los quistes uniloculares,

de pequeña ó mediana magnitud, y de paredes que no tengan un espesor exagerado. En casos tales podemos y debemos imitar el proceder de la naturaleza, y en dichas circunstancias se hallaba la enferma núm. 9, operada por mí con éxito por cauterizacion.

Las condiciones particulares en que se encontraba la enferma núm. 2, me hubiese decidido á emplear en ella la inyeccion iodada. Su tumor monocular, inhaderente y de paredes delgadas, hacía muy probable el resultado, y el quiste se asemejaba bastante, á uno de esos hidroceles de gran magnitud. A no haber producido efecto la inyeccion, la hubiera tratado por cauterio. Desgraciadamente, la enferma murió de una manera repentina, por la rotura del saco, antes del dia en que debiera sufrir la operacion.

A doña Francisca Oliveros, la tenia sugeta á un tratamiento diurético y iodado; su estado general era bueno, su tumor pequeño, y no me pareció urgente obrar aun con medios quirúrgicos. Muestra sin embargo su historia y la anterior, cuán difícil es determinar la *ocasion precisa*, en tal género de afectos.

La enferma núm. 4, tenia una abertura naturalmente practicada en el ombligo, por donde supuraba; siendo de presumir, que el tumor fuese multilobular. Hubiera sido prudente agrandar de cualquier modo la abertura, porque otra cosa en ella era irrealizable, segun se encontraba de postrada y febril. Es notable, que esta señora era hermana mayor de doña Magdalena Jimenez, operada por mí de ovariotomía, y salvada á Dios gracia. Las enfermas cor-

respondientes á los núm.[s] 5.º y 6.º, las ví por vez primera, con el proceso inflamatorio entablado, que dió lugar á la adherencia, supuracion y abertura de sus quistes respectivos; no fué necesario por tanto, hacer mas que favorecer esa marcha y encausarla al término feliz que alcanzaron. El tumor de la primera era mayor y la peritonitis fué intensa. El de la segunda se inflamó y supuró por causa de un golpe que recibiera en él, era pequeño; poco mas de la magnitud de una naranja.

A Reyes la Llana, fué imposible una vez determinada la inflamacion, adherencia y supuracion de su tumor, hacer operacion alguna, ni otra cosa, que tratarla médicamente, como lo efectué, aunque sin resultado.

En doña Josefa Ramos, no habia nada que hacer; pudiera haberse recurrido á la ovariotomía, pero no gozaba yo la confianza necesaria de la paciente. La trató por inyeccion iódica el profesor de su asistencia, sin resultado, como era de esperar.

Prolongó la vida por espacio de 16 años á beneficio del tratamiento medicinal y de las paracentesis frecuentes, su vida fué sin embargo una sucesion constante de tan aflictivos sufrimientos, que la muerte fué un apetecible descanso.

La enferma 15.ª era vecina de Carmona, carecia de medios para residir en Sevilla durante el tiempo necesario; era además demasiado tímida, y hubiera necesitado imbuirla en la ovariotomía, única operacion posible en ella; y como el cirujano en casos tales, no debe imbuir, sino solo aconsejar, á eso me limité.

Segun se vé en la curiosa historia de Catalina Lopez, practiqué la paracentesis como medio paliativo, indispensable en aquellas circunstancias, porque la peritonitis estaba exacerbada por la presion del quiste, produciendo fuertes y constantes dolores, así como perturbaciones generales, que yo creí podrian disminuir aflojando el quiste y su presion tensiva.

Practiqué además la paracentesis como medio explorador, á fin de examinar las condiciones del tumor, cuando al estar vacío, cesára la tirantéz y la exaltada sensibilidad, que se oponia á los reconocimientos. Demás está decir, que no me pasó por las mientes esperar, que la simple paracentesis produjera el resultado de una curacion radical.

La enferma 10.ª, no pudo permanecer en Sevilla; practiqué la paracentesis, para prolongar su existencia, en tanto que allegaba recursos para volver por mas tiempo.

En Doña Josefa Caballero, no he creido prudente emplear ningun medio quirúrgico, mientras el quiste permanezca estacionado.

La observacion de la enferma núm. 18, no se refiere á tumores ni quistes del ovario. Fué un error de diagnóstico, y de nuestros errores, solo podemos obtener una triste esperiencia, que nos separe de la ocasion de errar otra vez, en casos semejantes.

En la enferma de la observacion 19.ª no era posible proceder de otra suerte que segun se ejecutó. No obstante, á haber podido averiguar el grado de alteracion en que se encontraban el útero y sus dos ovarios, la hubiera dejado correr su fatal suerte, los

pocos dias que le restáran de existencia.

Con Dolores Morales procedí por cauterizacion. Era lo indicado en sus condiciones y circunstancias. El éxito correspondió á mis deseos, y esto prueba, que el cirujano de *patron*, que aplica un solo medio é igual conducta en todos los casos, no llena sus deberes. En no tener la pretension de establecer como absolutos y generales, medios, solo de aplicacion particular y circunscrita, y en saber elegir el medio especial al caso especial, consiste el tino. Desgraciadamente es muy comun la falta lógica de *generalizar* los procedimientos, y yo confieso, que uno de los espectáculos mas desagradables que se han presentado á mi vista, fué un gran bote lleno de flechas cáusticas, colocado permanentemente en las salas del Dr. Maisonneuve; bote aparcero de los jarros de tisana de uso comun, dispuesto á mano para mechar y asar vivos, no á hereges ni relapsos, sino á pobres enfermos.

En la Orellana, observacion 20, no cabia otra conducta que dejarla fallecer ó tentar el último estremo de la ovariotomía. La lectura de la descripcion de sus quistes y tumores, patentiza que no podia emplazarse otro recurso. Fué la primera ovariotomía practicada por mí, y la consideracion de que la operaba á raiz de la muerte, y que nada arriesgaba aun dado el insuceso, me decidió á operarla.

De la observacion 21.ª, resulta, que tampoco era procedente otra conducta que la empleada; su tumor era fibroso en mucha parte de su espesor y quistosarcomatoso mas profundamente, sólido, de paredes gruesísimas y una leve cantidad de líquido

en su centro. Dicho tumor, se diagnosticaba racionalmente mejor, de un embarazo extrauterino, que de un tumor ovárico; la operacion estaba indicada en uno y otro caso, y solamente ella podia aquí resolver el diagnóstico. La enferma sucumbió al octavo dia, no por la operacion, si no apesar de ella, por haber como la anterior paciente, llegado al máximum posible la perturbacion general de sus funciones, y la deficencia del marasmo.

Magdalena Jimenez padecia un quiste enorme, con algunos mas, adscriptos al primero, y sólido uno de ellos. Habia sido operada por inyecciones iódicas sin resultado, y lo obtuvo completamente feliz de la ovariotomía.

Josefa Caballero, última operada de ovariotomía y que falleció al dia quinto, no ha dejado tampoco en mi ánimo el pesar de no haberla tratado de diferente manera. Además de lo muy adelantado de su padecimiento, el número y naturaleza de sus tumores, no permitia emplear otro género de recurso, que ofreciera alguna esperanza de salvarla.

La autopsia que pude practicar en ella, me ha servido de la mayor utilidad, para dar el cuerpo de un verdadero convencimiento, á una especie de sospecha, que ya habia despertado en mi ánimo, la observacion clínica de las demás operadas. A este con vencimiento solamente le falta la comprobacion esperimental, que Dios mediante, creo podré hacer en nuevos casos.

Desde que operé la ovariotomía por vez primera, pasadas las primeras horas, en que lo que mas inquietaba mi ánimo era el temor de una hemorragia, se re-

emplazó ese temor por el de la grave y mortal peritonitis que yo creia debiera sobrevenir. En efecto, algun dolor en el vientre, pareció como que iba á comenzar el cuadro de la temida inflamacion, pero ví con sorpresa que no llegó á desenvolverse, y que la operada sucumbió á la semana, con síntomas de deficencia y como por aniquilamiento. Supuse que la ausencia de la peritonitis, seria debida á la falta de reaccion, en una naturaleza inerte yá por su largo padecer.

En la segunda operada, estando mi ánimo preparado de igual manera, observé, que tampoco se presentó verdadera peritonitis. La mayor agravacion, coincidió con el desarrollo de una timpanitis, que elevaba el abdómen, principalmente en el epigastrio; pero no habia el dolor tan característico de la flecmasia de las serosas. La enferma comenzó á eruptar, y la espulsion de los gases, disminuyó gradualmente las fatigas, de tal modo, que á los pocos dias pudo alimentarse, y la consideré fuera de peligro, como en efecto lo comprobó su pronta y total cura.

En la tercera, operada de amputacion de útero y ovarios, en que las maniobras dilatadas para vencer las grandes y numerosísimas adherencias, me hicieron creer firmemente que moríria de peritonitis, advertí, que si bien pareció iniciarse, fué en un grado tan leve, que me dejó suspenso, llenando por el contrario mi ánimo de la mayor inquietud, las fatigas epigástricas y la exagerada timpanizacion indolente de su abdómen. La circunstancia de aliviarse algo de sus fatigas, cuando espulsaba gases, me indujo la

sospecha, de si la presencia de ellos, serian quizás, la causa mayor de las molestias. Parecíame al reconocimiento, que los gases no estaban solamente en el tubo digestivo, sino tambien en la cabidad peritoneal. No obstante, la idea preconcebida de la peritonitis, volvió á adquirir sobre mi ánimo toda su fuerza, y me sumí en el triste abatimiento que nos toma, cuando al ver los operados, nos convencemos de que van á morir muy prontamente.

Sin embargo, el colorido, la fisonomía particular del síndrome sintomático de las tres operadas, me quitó una parte de temor por el lado de la peritonitis, aumentándolo por el lado de otra cosa, de un estado particular, que yo veia desenvolverse despues de la ovariotomía, y que no tenia parecido con el que se presenta en ninguna otra grande operacion. Predispuesto así, opero á Cármen Martinez. Apenas se presenta en ella señal ninguna de inflamacion en el peritoneo, y sin embargo, el vientre comienza á timpanizarse por el epigastrio. Con este hecho coincide un aumento de mal estar; arroja gases, y veo que hay perfecta coincidencia con el alivio de todo lo demás; que la timpanizacion se desvanece en una noche casi por completo, y que aquella noche duerme la enferma, cesa la angustia y todo género de molestias. Opero despues á Josefa Caballero; sus íntimas y estensas adherencias, hacen muy laboriosa esa parte de la operacion; sin embargo, no temo ya la peritonitis, lo que me infunde graves inquietudes, es aquel estado de angustia, de fatiga epigastria, de pequeñéz de pulso, de sudor espresivo, que se acompaña, no de un dolor fuerte abdominal, sino de una

meteorizacion exagerada. Y en efecto, la enferma está perfectamente los dos primeros dias; apesar de sus grandes vómitos biliosos, está alegre, el pulso regular, la fisonomía animada. Comienza la coleccion de gases hácia el epigastrio, y no coincide con dolor abdominal ni en los alrededores de la herida, si no con angustia, con náuseas secas; aumenta el meteorismo y aumenta la agravacion, crece aquel y crece aquella; el pulso se pone deficiente, los ojos se hunden y la enferma espira.

Lo que mi instinto médico induce, de esos cuadros, pálida y lijeramente bosquejados, es lo siguiente; quiera Dios que yo no me equivoque.

Tenemos una idea preconcebida, exagerada, de la suceptibilidad flojística de las serosas, y principalmente del peritoneo. Esto procede de que partimos de la real gravedad que inspira la peritonitis puerperal. Pero es lo cierto, que fuera de esos casos, el peritoneo se inflama por otras causas, con mucha menor frecuencia que la pleura. Y si traemos á la memoria la práctica de cada uno, no dejaremos de recordar, que son escasos los ejemplos de peritonitis asistidas, que no sean puerperales. Pero en las peritonitis puerperales hay mucho de *específico,* como lo hay en las meningitis granulosas y en las pleuritis tuberculosas. Por lo demás, las causas catarrales que con tanta frecuencia actúan y se acodan en la pleura, son completamente insólitas en el peritoneo; y en puridad, yo no he observado fuera de las puerperales, mas inflamaciones del peritoneo, que las que parcialmente provocan los cuerpos estraños y las perforaciones de los intes-

tinos con salida de escrematos; y aun en tales casos, tengo observaciones en que el peritoneo ha soportado esas materias extraordinariamente irritantes, sin ocasionar la muerte. Agréguense á estas razones, la de que el peritoneo, adquiere, cuando está contínuamente provocado por la existencia de tumores en su cabidad, cierto hábito morboso, que lo deja sordo á las escitaciones traumáticas, y se comprenderá bien el por qué, en ninguna de las operadas ha sobrevenido verdadera peritonitis de alarmante intensidad. Así, pues, lo que en mi concepto ha producido la muerte en las operadas, es lo que voy á esplicar conforme lo concibo.

Abierto el abdómen en una gran estension, desalojado de un cuerpo casi siempre voluminosísimo, resultando flojas y sin resorte las paredes abdominales, queda dentro de ellas una gran cantidad de aire, que no es posible evitar. Este aire por sí, sería inocente; pero, por muy cuidadosamente que se limpie el abdómen, el pedículo, la herida abdominal, las superficies de adherencia, separadas, fluyen despues una cantidad mayor ó menor de serosidad, mas ó menos sanguinolenta; poco despues, la herida queda herméticamente cerrada por la misma secrecion plástica que mana de sus alrededores y que envuelve las partes próximas, con un fin reparador; la porcion de estas secreciones exedentes y que no se organizan en aquel plasma provisional, quedan con las otras, bajo la accion recíproca del aire que comienza á descomponerse en gases; estos pasan por endósmosis á los intestinos en parte, y en parte se van coleccionando donde encuentran menor compresion,

ascendiendo por encima de la faja, hasta el epigastrio, que es la parte mas alta y menos comprimida. Los gases peritoneales se impregnan además del hidrógeno sulfurado de las materias contenidas en los intestinos, y aumentan la descomposicion de los líquidos, provenientes de la operacion y de la herida, que á su vez se descomponen en nuevos gases infectos, llenan el vientre, y obran por contacto inmediato sobre el ganglio semilular, siderando la inervacion. Si los gases, antes que produzcan este deletereo efecto, se abren paso por los intestinos y la boca, dejando que nuevas columnas del contenido en el peritoneo pasen al tubo intestinal para ser espulsados, la enferma se salva; pero si la produccion gaseosa es muy grande, ó se espulsasen en cantidad desproporcionada, la sideracion aumenta, la misma sangre se inficiona, y las enfermas sucumben.

Siendo esta la causa de la muerte y nó la peritonitis, se deducen algunas consecuencias prácticas del mayor interés:

1.ª Conveniencia de limpiar lo mas perfectamente posible el abdómen despues de la operacion.

2.ª Necesidad de evacuar con purgantes todo el tubo intestinal antes del dia de la operacion.

3.ª Procurar comprimir el abdómen con fajas, prudentemente, antes de suturar la herida, para espulsar lo mejor que se pueda el aire atmosférico.

4.ª Administrar la magnesia en corta dósis, la madre de perla, el subnitrato de bismuto ú otros polvos absorventes.

5.ª Introducir un tubo largo de goma por el recto, si presentada la timpanizacion, no se espulsan

pronto los gases intestinales naturalmente.

6.ª Punzar con un trocar delgado el epigastrio, si á las veinticuatro horas de meteorizarse el vientre, crece este síntoma á par de la gravedad general.

En las observaciones 19.ª, 20.ª, 21.ª, 22.ª, 23.ª y 24.ª se encuentran mas ó menos estensamente descritos, los procederes operatorios, y las maneras como puede practicarse la ovariotomía, por lo cual me abstengo de repetirlo. Es lo mismo, sobre poco mas ó menos, como ejecutan los demás operadores. Sin embargo, no dilato el peritoneo hasta despues de haber reconocido el saco, por un pequeño ojal practicado en la comisura superior. En los casos de mayores dudas, punzo antes con el trocar, y reconozco por su cánula con una larga sonda, para confirmar el diagnóstico, y no encontrarme en caso de error, con haber inferido una herida penetrante de vientre.

Cuando las adherencias en la línea de la herida son tales y tan íntimas, que no pueden separarse, entro en el quiste y lo abro por el fondo despues de vacío, para desprenderlo de dentro á fuera. Discurriendo el modo de abandonar el compresor, que es molesto, pensé estrangular el pedículo con un cordon de hilos de plata, torcido sobre sí mismo.

El primer ensayo no ha correspondido á mis deseos, por haberse cortado el pedículo á un esfuerzo de vómito.

Queda una cuestion por resolver, de la mas alta importancia. ¿Dadas las condiciones especiales que hagan necesaria la ovariotomía en un caso particular, sobre todo otro procedimiento, cuál será la ocasion oportuna para practicarla?

Las observaciones 1.ª, 2.ª, 4.ª, 5.ª, 6.ª, 9.ª, 10.ª, 14.ª, 15.ª, 16.ª, 17.ª, 18.ª, 20.ª, 21.ª y 22.ª, inclinan el ánimo á proceder antes de que el mal se encuentre demasiado adelantado, y ponen de manifiesto los peligros que resultan de la contemporizacion. Las observaciones 3.ª, 7.ª, 8.ª, 11.ª, 12.ª y 13.ª, nos inducen á que debamos esperar. Como á priori por la simple razon puede afirmarse, las estadísticas, dan un resultado mas feliz cuando se opera pronto, que cuando se deja adquirir al mal su máximo desarrollo; no obstante, yo solo me he decidido á operar por ovariotomía, en los casos en que las pacientes, no podian arrastrar mas dias de su miserable existencia, y si bien es cierto que obrando de tal suerte, los resultados dichosos, tienen que ser necesariamente escasos, nada han arriesgado las enfermas sufriendo la operacion. Nuestra conducta, debe reglarse tambien, por la mayor ó menor decision que las pacientes manifiesten para ser operadas. Si su firme voluntad se ahinca en operarse, aun antes de estar cercano el término fatal de su padecimiento, deberemos acceder á la operacion, con tanta mayor tranquilidad, cuanto que si ciertamente arriesgan mas dias de existencia, se compensa con las mayores probabilidades de éxito.

Reasumiendo, de lo dicho acerca del tratamiento, se puede establecer:

1.º Que puede ser médico y quirúrgico.

2.º Que el tratamiento médico no es infructuoso, y que en varias ocasiones encausa la curacion hácia un término feliz.

3.º Que el tratamiento quirúrgico puede ser pa-

liativo, y uniéndose al médico, prolongar muchos años la vida de las enfermas.

4.º Que la paracentesis puede emplearse con tal fin.

5.º Que alguna *rara vez*, aprovechando favorables circunstancias, como en la enferma 11.ª, hasta produce un efecto radical.

6.º Que la paracentesis puede emplearse en los casos dudosos, como un medio explorador y de diagnóstico.

7.º Que las paracentesis repetidas producen adherencias, que constituyen un inconveniente para ejecutar despues la ovariotomía.

8.º Que la puncion é inyeccion iodada puede emplearse en los tumores unilobulares, de poca estension y de paredes libres y delgadas.

9.º Que la cauterizacion debe preferirse, cuando siendo el tumor unilobular y no demasiado grande, esté adherido á la pared anterior del abdómen.

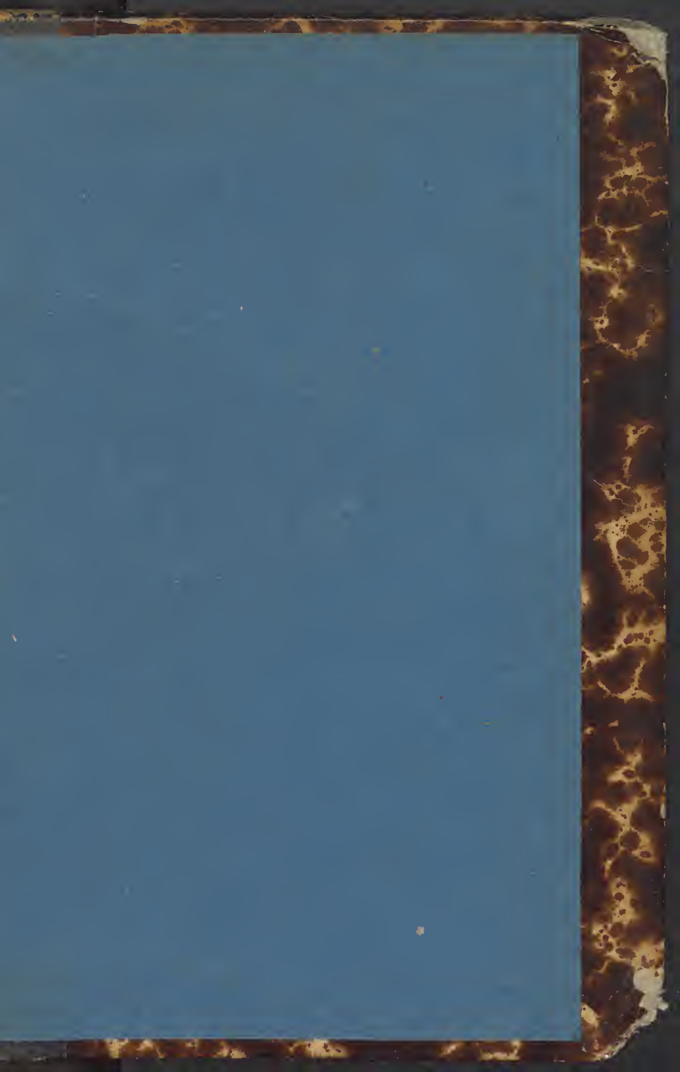
10.º Que la ovariotomía debe practicarse en los demás casos.

FIN.




Biblioteca
UNIVERSIDAD DE SEVILLA


601152355




114
FOLLETOS
VARIOS
28